

أصول الفحص النفسي ومبادئه

دكتور

محمد أحمد الخالدي

رئيس الجمعية اللبنانية

للدراسات النفسية

لبنان



0140873

Bibliotheca Alexandrina

المركز
والشعبة

أصول الفحص النفسي ومبادئه

دكتور

محمد أحمد النابلسي

رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية

لبنان

١٩٩٧

الناشر

المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع

٢ ش الدكتور سامي جنيته - الشاطبي

الإسكندرية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ
صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

سورة يوسف: آية ٧٦

المقدمة

تشعبت الممارسات التطبيقية للعلوم النفسية حتى جاوزت حدود الاهتمام بتقديم الخدمات العيادية الى افاق تطرح على الاختصاص مسؤوليات اخلاقية جديدة وتضعه امام جملة مآزق ناجمة عن تداخله مع الاختصاصات الاخرى. فالى جانب الطب النفسي الوقائي والجائحي نشأت فروع الطب النفسي، وعلم النفس، العسكري والسياسي والاقتصادي. بل ان العلوم النفسية باتت تطبق في ميادين الادب والفنون وعلم السلالات... الخ حتى بات بإمكاننا الكلام على تورط علم النفس والطب النفسي في ميادين الصراع. حتى اشاعت بعض الدول وجود مشاريع الحروب العقلية.

لهذه الاسباب فانا عاجزون اليوم عن اعطاء تعريف دقيق ومحدد للفحص النفسي. فقد ادى تفرع العلوم النفسية الى اختلاف اساليب وطرائق وغايات الفحص النفسي، حتى بات لبعض هذه الفروع ادواتها الخاصة ومنطقاتها النظرية المميزة التي تستند اليها لتحقيق غاياتها من الفحص النفسي اذ نلاحظ ان الطب النفسي العسكري يعتمد اختبارات معينة لقبول الكوادر وهي اختبارات مختلفة تماماً عن تلك التي يعتمد عليها اختصاصي علم نفس الاعلان والدعاية... الخ.

امام هذه التعددية حافظنا، في هذا الكتاب، على موقف محافظ يصر على النظر الى الفحص النفسي في اطاره العيادي، حيث الفحص علاقة انسانية ذات قطبين: قاحص- مفحوص". وبما ان هذه العلاقة هي الاساس الذي انبثقت منه اساليب الفحص الاخرى فانا نؤدي الغرض دون التورط في الجدل حول مدى مشروعية او اخلاقية استخدام مبادئ هذا الفحص في بعض الميادين. المثيرة للجدل.

بناء عليه فالتنا نعتبر ان الفحص النفسي هو فن يحتاج الى موهبة تستند الى لرضية صلبة من المعلومات وتحتاج الى الصقل والتطوير من طريق الممارسة. فالقحص النفسي لا يتحدد في مبادئ جامدة ولا تحتويه اطر محددة الجوانب لانه موهبة ابداعية لا يحددها الا تراكمية الخبرات والمعلومات. والتدريب على الفحص النفسي هو نقلة نوعية لكونه خطوة مفصلية بين النظري وبين التطبيقي، حيث الهوة التي لا يدركها الا الذين خبروا الفوارق بين النظرية وبين التطبيق. فلو عدنا الى المدارس الاوروبية العريقة لوجدنا انها لا تسمح بممارسة الفحص النفسي والعلاج للاختصاصيين النظريين. فهذه الممارسة تقتصر على الذين يتبعون دورات تدريبية في المجال، مدة ثلاث سنوات او اكثر، بعد حصولهم على درجة الدكتوراة في علم النفس العيادي. انطلاقاً من اعتبار ان الحاصل على هذه الدرجة يملك محصولاً نظرياً كافياً كي يبدأ بالتدرب على الفحص النفسي وعلى وضع التشخيص وخطة العلاج بناء عليه. واذا كان الفحص الطبي التقليدي يركز على جداول عيادية محددة بمظاهر واعراض مرضية (يمكن للفحوصات المخبرية ونظيرة العيادية تأكيد وجودها او نفيه) فان الفحص النفسي لا يملك الا النزر اليسير من المعطيات المساعدة للوصول الى التشخيص الموضوعي. فيبقى الحوار عماداً لهذا الفحص وموجهاً له. هذا الحوار الذي يصفه شترن وروبينز بالقول: "ان فن الفحص النفسي يعني ان يتعلم الفاحص متى يسكت ومتى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه. كما يجب على الفاحص ان يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وان يتدرب على التحكم في مجرى الفحص".

هذا ويصل الفحص النفسي الى غايته من خلال توصل الفاحص لوضع تشخيص دقيق للحالة بما ينطوي عليه هذا التشخيص من تحديد استراتيجيات لعلاج الحالة. فاذا ما تخللت بعض الثغرات الفحص فان ذلك سيخلف اثاره على التشخيص وعلى النتائج المرجوة من العلاج. ذلك ان اخطاء التشخيص تستتبع حكماً اخطاء

العلاج. مما يقودنا الى مناقشة مسائل اكثر تعقيداً. فعلم سببية نشوء الامراض النفسية لا يزال بعد في بداياته. فنحن لا نعرف على وجه الدقة الاسباب الحقيقية الكامنة وراء هذه الامراض. فهل يتأتى الفصام نتيجة عطل في الافرازات المؤثرة في حالة الاختمار الدماغى؟ ام ان سببه يعود الى اعطال دماغية على صعيد الهيوكامب؟ ام انه تشوه الزوج الخامس من الصبغيات...الخ من الفرضيات التي نعتقد بتضافرها دون ان نملك البراهين على ذلك. مما يحرمانا من تحديد اساليب موضوعية لتشخيص المرض. من هذا الواقع انبثقت التصنيفات العديدة للامراض النفسية معتمدة مذهب الظواهرية (Phenomenologie). بمعنى ان تشخيص المرض يستند الى تحري الفاحص لمظاهره واعراضه التي تحددها التصنيفات مع بعض الاختلاف في ما بينها.

لكن هذه الظواهرية تستوجب الحذر الشديد من قبل الفاحص. فهناك مثلاً البدايات غير التقليدية للامراض. مثال ذلك تلك الحالات الفصامية التي ترتدي في بدايتها قناعاً مضللاً فتظهر على شكل عصاب وسواسي - قهري من شأنه ان يضلل الفاحص وان يؤخر تشخيص الحالة وبالتالي علاجها. وعلى عكس المثال السابق فان بعض الحالات والتناثرات الذهانية العابرة تتبدى بمظاهر عيادية تورط الفاحص في تشخيصها على انها ذهانية تقليدية وقس عليه.

تجنباً لهذه المآزق عمدت بعض المدارس النفسية (بالينت، مارتى، موسون) للدعوة الى عدم التثبت بالتشخيص. لان الحالة الدماغية- العقلية للانسان ليست بالمستقرة الجامدة. بل انها تتفاعل دينامياً مع قائمة طويلة من العوامل الداخلية المنشأ والخارجية. فهناك الامراض التي تتراجع مع التقدم في السن وفي مقابلها امراض اخرى تتطور معه. وفي الحالتين فان تعديل التشخيص يصبح ضرورة والامر ذاته يقال بالنسبة للامراض والاضطرابات العضوية المرافقة للمرض النفسي. كما يقال

بالنسبة للشدائد وعوامل الضغط الخارجية. والاهم من هذا وذاك ضرورة تعديل التشخيص او حتى تغييره تماما في حالات تطور او تراجع الاضطراب النفسي ذاته.

فهل يستطيع الفاحص تحمل تبعات التشبث بتشخيص الوسواسي القهري وهو يجد المظاهر الفصامية- التفككية واضحة امامه؟ وهل هو قادر على تحمل المسؤولية الاخلاقية الناجمة عن تصنيفه لحالة عابرة على انها ذهان تقليدي يدمغ مستقبل المريض؟ وهنا نذكر بتأكيد ساشاناخت: "ليس هنالك امراضا بل يوجد مرضى" فالمصابون بمرض واحد يقعون مختلفين شديد الاختلاف في ما بينهم. فأسباب المرض ومناسبة ظهوره وطرائق تظاهره واسلوب علاجه واحتمالات تراجع او تطوره وغير ذلك من العوامل هي امور شديدة الاختلاف من مريض لآخر. لذا كان من الضروري ان ننظر للمرضى من خلال ذاتيتهم وتفردهم وليس من خلال مرضهم. فلو نحن نظرنا للصحة من خلال التركيز على المرض وتقاسي المرضى فلننا نصل بذلك الى نتيجة مؤداها ان عدم وجود المظاهر المرضية هو دليل ساطع على الصحة. بذلك نكون قد ارتكبنا هفوة تجاهل الامراض التي تتطور وسط اجراء من الهدوء البعيد عن ضجيج المظاهر المرضية فنلغي بذلك كافة مبادئ الوقاية الصحية.

للمزيد من التوضيح نؤكد ان الفحص النفسي ليس مجرد خطوات روتينية تدعمها الاختبارات النفسية وبعض الحوار الذي قد يسبقها او يليها. والدلالة على ذلك فلنأخذ حالة تمثل المرض (كان يقلد طفل سليم أخاه المريض في مظاهر مرضه وفي سلوكه) تعرض على فاحص يفتقد للخلفية النظرية والتطبيقية الكافية فماذا يحدث في مثل هذه الحالة؟ ان تصرر ذلك يفسر لنا العديد من الاخطاء الناجمة عن عدم وجود قوانين تنظم ممارسة مهنة العلاج النفسي.

لذلك نتوجه بهذا الكتاب الى الذين يملكون الخلفية النظرية الكافية ويودون تحقيق النقلة من النظري الى التطبيقي. كما نتوجه به الى الاطباء غير النفسيين الذين تضعهم ظروف ممارستهم امام طلبات علاج لحالات نفسية عصابية وخصوصا نفسية- جسدية والى الذين يتهيأون للدخول الى العيادة النفسية كمعالجين نقدم هذا الكتاب الذي قد يجد فيه زملاؤنا من الاطباء النفسيين بعضا من خصوصية تجربتنا وبعضا من آراء قد يؤيدونها او يعارضونها.

ان طرقتنا لموضوع الفحص النفسي اقتضى منا الاستعانة بجملة من المعلومات التي تنتمي الى اختصاصات مختلفة كالطب النفسي وعلم النفس العيادي والطب العصبي والفروع الطبية نظيرة العيادية مما يضيق بصفحات هذا الكتاب عن استيفائها شرحا. لذا عمدنا الى تذييل الصفحات بالإشارة الى المراجع والمصادر التي تساعد القارئ على التعمق في المواضيع التي يرغب في تفصي عوامل ارتباطها بالفحص النفسي .

املنا ان نكون قد نجحنا في نقل ما استطعنا استيعابه من اصول الفحص النفسي ومبادئه ورجاؤنا ان يشكل ذلك مساهمة ولو متواضعة في مكتبتنا العربية.

والله ولي التوفيق

د. محمد النابلسي

طرابلس في ١/٧/١٩٩٥

الفصل الاول

دراسة الشكل الخارجي

١- دراسة شكل الوجه.

٢- دراسة قسّمات الوجه.

الانف	الجبهة
الشفّتان	الحاجبان
الذقن	العينان
الأنفان	الخدان

٣- دراسة شكل الجسم

تقسيم هيبوقراط

التقسيم الفيزيولوجي

تقسيم سيغود

تقسيم فيولا

تقسيم كرتشمر

ان دراسة الشخصية من خلال الوجه وقسماته ومن خلال التكوين الجسدي ومن خلال المظهر الخارجي (لباس، تسريحة، نظرة... الخ)، ليست بالفكرة المستحدثة فقد عرفها اليونان واقترحوا لها القواعد وكذلك فقد عرفها العرب ولسوا علما خاصا بها سموه "علم الفراسة" وهذا النوع من الدراسة تبناه عدد من العلماء المحدثين. وبالرغم من هذا التاريخ الطويل لهذا النوع من الدراسات، الا اننا ولغاية الان لا نستطيع قبوله بشكل علمي يتيح لنا الاعتماد على مبادئه في تحديد شخصية إنسان ما. ذلك أن تعقد الحياة وإمكانيات التعلم في عصرنا تستطيع ان تساعد أي شخص على تخطي العديد من صفاته الوراثية. فإذا ما سلمنا بحقيقة النتائج التي تعطىها مثل هذه الدراسات. فنحن لا نستطيع تجاهل التغيرات السلوكية التي يمكن ان تطرأ على هذه الشخصية.

بناء على الاسباب المشروحة اعلاه فان علم الصفات او علم دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي لم يكتسب بعد صفة العلم ولكن غالبية الباحثين يميلون لتسميته بالفن. وبالتالي فاننا في هذا الفصل سنتكلم على فن دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي. ونحن اذ نبدأ كتابنا بهذا الفن فان دافعنا لذلك هو الاسباب التالية:

١- وجود قائمة طويلة من الامراض الجسدية التي تتبدى واضحة على المظهر الخارجي كالصفراء والجديري وزيادة افراز الدرقية والمياه الزرقاء واصابات الجهاز العصبي الخ...

٢- الأشكال المميزة لوجوه المصابين ببعض الامراض العقلية كالمنغولين والمهووسين والفصامين وسنخصص قسما من هذا الفصل لعرض صور المصابين بهذه الامراض مع شروح لها.

٣- بعض الامراض العصبية الخلقية التي تترك بصماتها على الشكل الخارجي للشخص - انظر الصور.

٤- الاهتمام الزائد بدراسة فن الصفات. وتحقيق هذا الفن لبعض التقدم في الفترة الأخيرة. الأمر الذي يجعل من الخطأ إهمال التعرف على هذا الفن.

لمحة تاريخية.

منذ القدم استطاع العلماء ان يلاحظوا ويفترضوا وجود رابطة بين الشكل الخارجي للانسان وبين شخصية هذا الانسان وطباعه.

واستطاع الأقدمون أن يشرحوا بطرقهم الخاصة كيف يمكن للوجه بقسماته وتعاييره وحركاته أن يعطينا فكرة عن خصائص الشخصية. وما نحن نعرض بعض الملاحظات في هذا المجال. ونقول ملاحظات لأنها كما سنرى لا تستند الى أسس علمية أو احصائية سليمة. ومن هذه الآراء:

١- نستطيع أن نعرف الناس وأفعالهم من طريق تحديد درجة شبيههم بحيوان ما. فوجه افلاطون مثلاً يشبه وجه كلب صيد.

(أرسطو)

٢- ان العيون الكبيرة لا تقوم فقط بإضفاء الجمال على الوجه ولكنها تعكس وتميز نكاه صاحبها.

(هوميروس)

٣- ان الذي يحمل في وجهه انفاً طويلاً لحمياً هو شخص محب للجمال. ولكنه يكون اقل نكاه مما يعتقد (اي انه مغرور). اما ذلك الذي يملك شعراً اسود فهو إنسان يعمل كل ما يوسع له لانتهاء العمل الذي بدأه. أما ذلك الذي يدور برأسه دون

سبب أو مبرر فهو شخص متعثر، كذوب، لا يصلح لشيء، غدار وميال لفعل
السوء.

(الراهب البرت الكبير)

٤- إن أصحاب الجبهة الضيقة هم أناس مخادعون. وهكذا قام فوشيه
(Fouché) (نو الجبهة الضيقة) بخداع نابليون والتغريب به.

(بوربون)

وفي محاولة حديثة لتطبيق رأي أرسطو وجد تشابه بين شكل روبيسبير
(Robespierre) وبين وجه النمر وكذلك بين وجه فولتير (Voltaire) ووجه
الثعلب وأخيراً بين وجه بيتهوفن (Beethoven) ووجه الأسد.



Beethoven



Voltaire



Robespierre

ونحن لو قمنا، بمراجعة ما نعرفه عن خصائص أصحاب هذه الشخصيات
وتصرفاتهم لوجدنا أنها تنطبق فعلاً مع بعض صفات الحيوانات التي تشبهها.
والحقيقة أن بداية الخطوات الجدية المرتكزة على أسس علمية جاءت في العام
١٧٧٢ على يد العالم لافاتير (Lavater) الذي وضع أسس علم دراسة الصفات في
كتاب ضمنه تجربته الواسعة. وسمى هذا العالم كتابه بالموجز في معرفة الناس
(Précis de l'art de connaître les hommes).

وبعد هذا التاريخ اجتذب علم دراسة الصفات عدداً من كبار المفكرين في العصر الحديث أمال فيالند (Wieland) هيردير (Herder) وغوته (Goethe) وغيرهم ممن تبناوا هذا العلم ودافعوا عنه. الأمر الذي أعطى لهذا العلم القدرة على الاستمرار في مواجهة المعارضة القوية التي قامت ضده. هذه المعارضة التي قادها مفكرون بلرزون من أمثال ليختبرغ (Lichtenberg).

وفي مرحلة لاحقة نلاحظ بأن علماء جدد تبناوا بنورهم علم دراسة الصفات ولعل أبرزهم هو العالم كرتشمير (Krestchmer) الذي قام بتصنيف الناس إلى أنماط نفسية محددة الصفات والتصرفات اعتماداً على مظهرهم الخارجي (سنعرض لأنماط كرتشمير في الفصل الثاني).

وفي نهاية المطاف فإن علم دراسة الصفات تدعم عن طريق ادخال عامل جديد مساعد. وهذا العامل هو دراسة تعابير الوجه وحركاته. مما أضفى على هذا العلم طابعاً أكثر موضوعية وأكثر التصاقاً بالواقع. وكان من الطبيعي بذلك ان يجتذب هذا العلم عدداً جديداً من المؤيدين فظهرت الكتب والدراسات العديدة التي تناولت هذا الموضوع وصولاً إلى ترسيخ فرع جديد يعنى بدراسة قسومات الوجه (Mimiques) وتعابير الانفعالية^(١) ولقد وضعت البروفسورة موسون اختبار التماهي بالحالات الانفعالية^(٢) المؤلف من ستة عشرة صورة ذاتية رسمها الرسام الالماني رودولف لنفسه وهو يقلد إيماءات تعبيرية مختلفة^(٣).

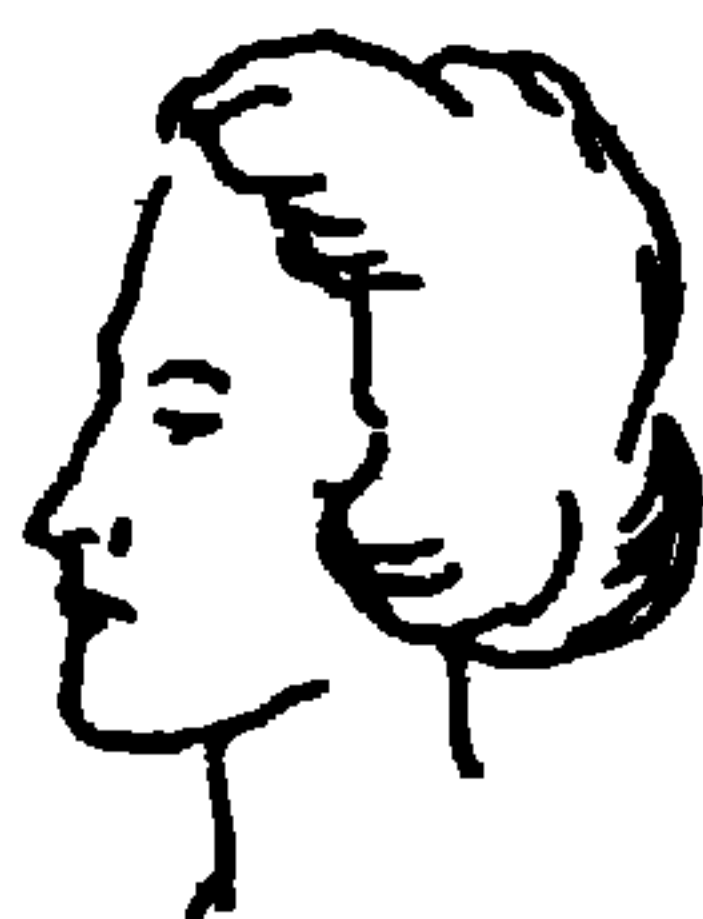
١ - يشهد هذا الفرع اهتماماً خاصاً في الآونة الاخيرة ويستخدم فيه الفيديو كأداة للدراسة ومراقبة التعابير الإيمائية للشخص.

٢ - روز ماري شاهين: اختبار رودولف منشور في مجلة الثقافية النفسية، العدد ١٨، ١٩٩٤.

٣ - أليزابيث موسون: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

١ - دراسة الشكل العام للوجه.

يقسم علم دراسة الصفات الوجه الى ثلاثة أقسام: (١) العلوي، (٢) الوسط و (٣) السفلي. وتتحدد شخصية انسان ما من خلال هيمنة احد هذه الاقسام. وهذه الهيمنة تحدد في رأي الباحثين استعدادات الشخص وميوله النفسية. ولنتعرض الآن الخطوط العريضة لتحليل الشخصية من خلال شكل الوجه ونبدأ بالشكل رقم (١).



نلاحظ في هذا الوجه هيمنة القسم العلوي على باقي اقسام الوجه. وهذا الشكل يتميز، كما نلاحظ، بالجبهة العريضة. والجبهة تعتبر مسؤولة عن العلاقات الاجتماعية والانسانية المتميزة بالذكاء. وعرض الجبهة هو اذا نليل على الذكاء وعلى القدرات الذهنية والتفكيرية المتطورة وخاصة في الميدان العملي - التطبيقي. وبالطبع فإن شكل الجبهة العريضة يلعب دوراً مهماً في تحديد الشخصية.

فالذوق هو السمة المميزة اذا كانت الجبهة العريضة مدورة، أما القدرة التخيلية للذكاء فهي التي تسيطر اذا ما اتسعت الجبهة في قسمها الاعلى.

أما حين يكون اتساع الجبهة العريضة في قسمها الاسفل فان هذا يعني سيطرة القدرة التطبيقية للذكاء.

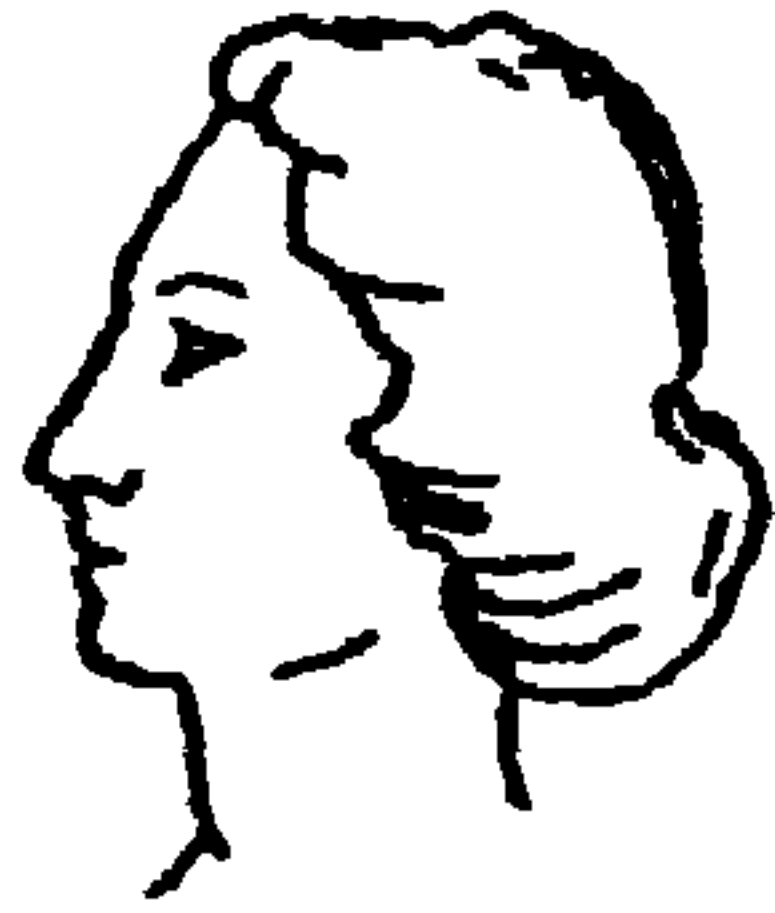
وايضا فيما يخص الجبهة العريضة فان الباحثين يلاحظون بأن وجود الأخابيد والتجاعيد فيها يعكس ميل الشخص نحو التجريد، نحو البحث عن الأسباب وخلفياتها وايضا قدرة متفوقة على التحليل المنطقي.

اما إذا كانت الجبهة العريضة صافية وغير متموجة فهي تعكس ميل صاحبها لأحلام اليقظة وعجزه عن التكيف مع الحياة العملية.

أما إذا كانت الجبهة العريضة بشكل مربع منحرف (Trapéze) مع الضلع الأكبر نحو الأعلى. فإن مثل هذه الجبهة تعكس قدرة صاحبها على الإبداع والخلق.

وأخيراً فإن الجبهة العريضة ممكن أن تكون على شكل قوس قوطي وهي في هذه الحالة تعكس سلبية وعقم أفكار صاحبها.

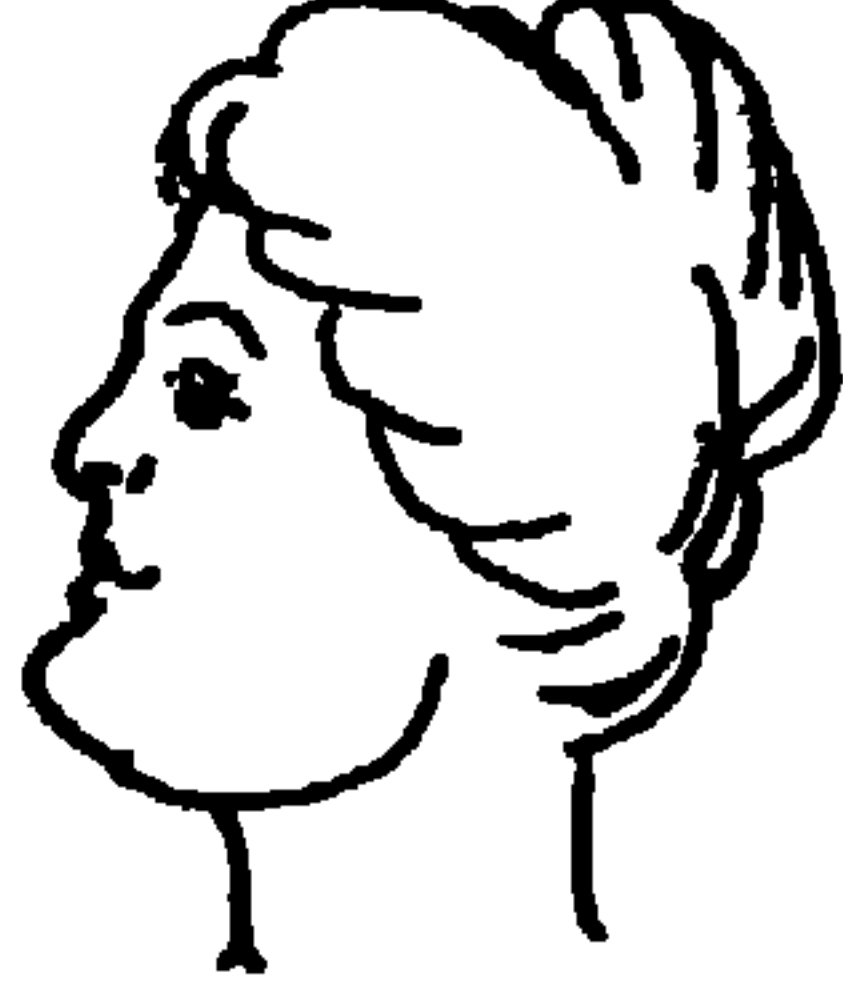
وننتقل الآن إلى الشكل رقم ٢ حيث يهيمن القسم الأوسط من الوجه.



ويتميز هذا الشكل كما نلاحظ بسيطرة الدهليز: (فم - أنف). أي بأنف وفم كبيرين. وسيطرة القسم الأوسط تعكس قدرة وزخماً عاطفيين. فهذا الشكل يعكس شخصية ذات مزاج عاطفي متقدم مما يجعل من هذا الشخص ميالاً للحياة الدافئة، العاطفية والهادئة. وهذا الشخص يتميز في الوقت ذاته بقدرة فائقة على المواجهة. وهذه الصفات جميعها تزداد تأكيداً في حالة وجود الأنف المتطاول والضخم.

أما إذا كان الأنف حاداً فهو في هذه الحالة يبرهن عن العنف والعصبية. والعكس صحيح، أي أن نفاً وصغر القسم الأوسط للوجه يعكسان شخصية تمتاز بالبرودة العاطفية والانغلاق الاجتماعي. وعندما يكون الأنف نقيماً جداً فهو يعكس برودة أعماق وقدرة فائقة على التحكم في العواطف والانفعالات. بحيث تهيمن البرودة على علاقات صاحب هذا الوجه.

وأخيراً نعرض الشكل رقم ٣ حيث يهيمن القسم السفلي للوجه على باقي أقسامه.



ومن خلال الصورة نلاحظ القم والفك الكبيرين. ومثل هذا الوجه يعكس حساسية وشهوانية وكذلك قدرة على التحمل وقدرة جسدية كبيرة. ولهذا الشخص إقبال زائد على النشاط والقدرة على التحكم في انفعالاته. والعكس صحيح، فإن دقة القسم الأسفل للوجه تعكس السلبية والخمول. وخاصة إذا كان الفك دقيقاً. فهذه الدقة

تعكس ضعفاً معيناً، تردداً وضعف إرادة كما تعكس الافتقار للدبلوماسية في التعامل مع الآخرين.

أما بالنسبة للقم الصغير ذي الجوانب المتجهة نحو الأسفل على شكل ٨ فإن مثل هذا القم يعكس تعاسة صاحبه وميله نحو الاكتئاب.

وبعد استعراضنا للأشكال الثلاثة ولمميزاتها. نلقت النظر إلى أن قلة قليلة من الناس فقط يمتازون بهيمنة واضحة لأحد أقسام الوجه. ففي الغالب نجد أنفسنا أمام وجوه تنقسم السيطرة فيها بين قسمين على حساب القسم الثالث.

وكثيراً ما يحدث أن تتوزع هذه السيطرة على الأقسام الثلاثة بنسب متفاوتة. ولهذه الأسباب رأينا أن نضيف إلى الأشكال الثلاثة الرئيسية الأشكال التالية:

١- وجه تنقسم فيه السيطرة بين القسم العلوي (الجبهة) والقسم الأوسط (الفك الأعلى، الأنف والخدين). بحيث تكون نسبة السيطرة متساوية بين القسمين على حساب القسم الأسفل.

إن مثل هذا الوجه يعكس شخصية مترنة. تتمتع بخصال حميدة متعددة. وهذه الشخصية هي ذات الوقت شخصية فكر، ومبدأ ولكن كذلك فهي شخصية فعل وإنما نوع معين من الفعل. ذلك الفعل الخاضع للمنطق والعقل. ومثل هذا الشخص

يستطيع ان يضع قيد التنفيذ قدرته على الإبداع هذه القدرة المتوازية مع رغبته في تحقيق ذاته.

مما تقدم نلاحظ بأن لهذا الشخص سلوكاً متشعباً في تفاصيله. إذ إن هذا الشخص ممكن أن يلعب ادواراً متعددة في آن معاً. فهو طليعي، قائد، زعيم ورائد.

٢- الوجه الذي يمتاز بتناسق النسب بين أقسامه الثلاث. ولكن مع تفاوت السيطرة. بحيث تقل هيمنة القسمين الأعلى والأوسط (بون أن يقل حجمهما). وهذا يحدث إجمالاً في الوجوه الصغيرة حيث نلاحظ التناسق بين الأقسام الثلاثة. كما نلاحظ ان الجبهة، الأنف والخدين تمتاز بالدقة.

ومثل هذا الوجه يعكس شخصية متوازية لانسان متواضع، جلدٍ ونشيط ولكن هذا الشخص يكون عادة عاجزاً عن القيام بالأعمال المميزة. فهو لا يستطيع ان يتسلم دور القيادة وإعطاء الأوامر. بل هو ميال لأن يتلقاها وينفذها بأمان وينشاط. كما نلاحظ لدى هذه الشخصية درجة معينة من السذاجة.

وهذه الصفات التي ذكرناها أعلاه لا تمنع بعض أصحاب هذا الوجه من الإرتقاء في الحياة وفي المناصب. واعتماداً على الخداع الذي يجيدونه وخاصة في حال وجود من يشجعهم على هذا الخداع.

٣- الوجه الذي يمتاز بفتحات عريضة ومفتوحة (فم كبير + أنف كبير). وصاحب هذا الوجه يكون منفتحاً، متحرراً، كريماً، مليئاً بالتعصب وكذلك فهو عاطفي. وهذه العاطفية قد تجعله يبدو متقلباً، كثير التقل وصاحب نزوات.

٤- الوجه الذي يمتاز بالأنف والفم الدقيقين والمغلقين. وصاحب هذا الوجه يكون ميالاً للعزلة وإخفاء عواطفه. ومثل هذا الشخص يجيد السيطرة على انفعالاته الا أنه قليل الثقة بالنفس، تتلبه أحياناً نوبات من الحشيرة. ومثل هذا الشخص نتيجة لحشريته ولاخفائه لعواطفه ممكن أن يفاجئنا ويعرضنا لمواقف غير منتظرة.

وخاصة عندما نكون عنه فكرة خاطئة نتيجة إخفائه لعواطفه. ومفاجأة هذا الشخص ممكن أن تكون سارة (إذا ما أخفى الشخص طيبة) أو غير سارة إذا كان العكس. ولكنها مفاجأة في أية حال من الأحوال.

٢- دراسة قسّمات الوجه:

إن دراسة الشكل العام للوجه بأقسامه الثلاثة. لا تكفي وحدها لتكوين فكرة متكاملة عن الشخصية. وفي سبيل تكوين مثل هذه الفكرة يرى الباحثون وجوب دراسة قسّمات الوجه وأجزائه كل على حدة (العينان، الحاجبان، الأنف، الخدان، الفكّان والجبهة) وهذا ما سنعرض له في هذه الفقرة. ونبدأ بدراسة الجبهة.

أ- الجبهة:

يحدد الباحثون أشكال الجبهة على النحو التالي:

١- الجبهة العريضة، الكبيرة والعالية: ويمتاز

صاحب هذه الجبهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبهة تميز صاحبها بالحس العملي.



٢- الجبهة الضيقة- المنخفضة: ويمتاز

صاحب هذه الجبهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبهة تميز صاحبها بالحس العملي.



١١١

٣- الجبهة ذات التجاعيد والأخاديد: ويمتاز

صاحب هذه الجبهة بكونه صاحب هموم وطموحات. الأمر الذي يجعله مضطربا وبحاجة دائمة للتركيز وهو مفكر بطبعه.

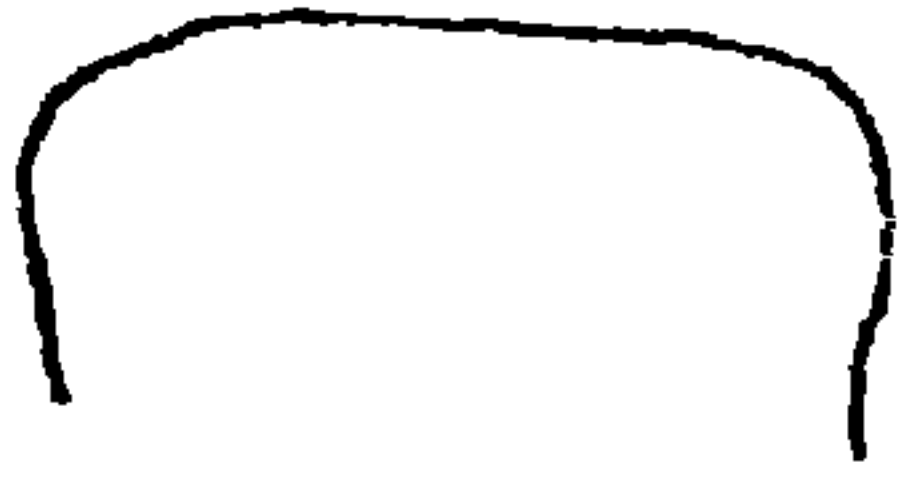


١١٢

٤- الجبهة المقوسة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بسايبته وميله لأحلام اليقظة. وهو يمتاز كذلك بطيب طويته.



٥- الجبهة المربعة المنحرفة: وتعكس هذه الجبهة حيوية خيال صاحبها وقدرته على الخلق والابداع.



٦- الجبهة المتشنجة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بانسياقه وراء رغباته ونزواته. وكذلك فإن هذه الجبهة توحى بالبوهمية.



٧- الجبهة المنتفخة في وسطها: وهذه الجبهة تعكس تركيز تفكير الشخص حول ذاته. الأمر الذي يميز هذا الشخص بالأنانية المتطورة وهذا الشخص يكون عادة وصولياً ومستعداً للقيام بأي شيء في سبيل تحقيق أهدافه وأتانيته.



ب- الحاجبان

١- الحاجبان الكثيفان: وهذان الحاجبان ينبئان بالحيوية الجنسية والقدرة على التحكم في الأشياء.



٢- الحاجبان الرقيقان: وهذان الحاجبان يعكسان ضعف القدرات الذهنية لصاحبيهما.



٣- الحاجبان غير المتظمين وغير المرتبين:

وهذان الحاجبان يعكسان نزق صاحبهما وعدم انتظام افكاره.



٤- الحاجبان المتقاربان مع وجود التجاعيد

بينهما: ويعكس هذان الحاجبان تركيز صاحبهما، توتره، حيويته، اضطرابه النفسي وكذلك حزنه وتشاومه.



٥- الحاجبان المنحنيان نحو الخارج مع

انخفاض اطرافهما الخارجية: وهذان الحاجبان يعكسان التعاسة، عدم الاطمئنان، والانهيار واخيراً حشرية قد تقل بحيث تصعب ملاحظتها، أو قد تزيد بحيث تضايق المحيط.



ج- العينان

١- الجفون: اذا كان الجفن الأسفل للعين

قوياً فهو يعكس الحيوية والنشاط . أما إذا كان الجفن الأسفل ضعيفاً ورقيقاً فهو يعكس الضعف. ومن الممكن أن نلاحظ حركة ما على صعيد الجفنين. فإذا كانت الحركة لا إرادية تشبه رفة أو غمزة العين. فإن هذه الحركة تعكس عدم الاطمئنان، العصبية الزائدة والإرهاق.



أما إذا كانت حركة الجفنين لا تحصل إلا في مواقف معينة. فهي في هذه الحالة تعكس القلق الناجم عن الكذب أو عن الشعور بالذنب.

أما في حال حركة الجفون حركة ارتجافية فإنها في هذه الحالة تعكس الإرهاق النفسي، الخوف أو الهستيريا.

والخيراً فإن هذه الحركة ممكن ان تحدث بشكل تقلصات وهي في هذه الحالة غالباً ما تعكس الهستيريا.

٢- وجود الدوائر السوداء حول العين:

وهذه الدوائر تعكس تعب العينين والإرهاق النفسي والجسدي. ولكنها قد تتجم ايضاً عن الهزال (النحف) او عن البكاء الحاد لو عن المبالغة في ممارسة الجنس.



والحقيقة ان العيون هي الباب الحقيقي للإنسان نحو العالم. فمن خلالها يرى الإنسان العالم ويتفاعل معه. ولكن العيون ليست مصدر احساس فقط ولكنها ايضاً مصدر فعل. وهي مرآة حقيقية تعكس الشخصية. والعيون لغتها الخاصة. وهي تتكلم لغتها هذه من طريق حركتها في محاورها وعن طريق حركة البؤبؤ في داخلها. ولكبر للعيون تأثير بالغ في مساعدتها على جعل لغتها مفهومة من الآخرين. وهكذا فإننا نستطيع أن نستشف من خلال العيون أفكار الشخص ونياته. عواطفه وأهواءه وكذلك مواقفه النفسية السوية والمريضة على حد سواء.

د- الخدان

يؤلف الخدان كما راينا الجزء الأكبر من القسم الأوسط للوجه. وهذان الخدان هما اما:



١- ممتلئان ومنتفخان: وهما يعكسان الهدوء، الوداعة، الطيبة والتفاؤل (خاصة عندما يكونا مائلين للحمرة). وهما يعكسان ايضاً السذاجة (بدرجات

متفاوتة) أما عندما يكون لون الخدين مائلاً للصفرة والشحوب فقد يعكسان ضعفاً عقلياً.

٢- متقلصان ومشدودان: وفي هذه الحالة فهما يعكسان قوة الإرادة، القدرة على التركيز، الجدية والقدرة على اتخاذ القرار. ولكنهما يعكسان أيضاً الخبث بدرجات متفاوتة) وفي حالة ترافقهما بالتجفيف بين الأنف والشفة فهما يعكسان بالإضافة لما ورد أعلاه الكآبة، الألم الأخلاقي، العصبية، القلق وأحياناً الأرق.



٣- غير معتنى بهما، تتخللهما الأخاديد والتجاعيد ويعكسان في هذه الصورة حالة انهيار حيوي، شيخوخة مبكرة (امان، سهر، ارق، هبوط حيوي او اصابة مبكرة بتصلب الشرايين). كما يمكن ان يعكسا انهياراً عصبياً. أو لا مبالاة، يأساً، إهمالاً أو عوضاً عن ذلك شخصية شاذة.



هـ- الأنف

والأنف أيضاً مكون رئيسي للقسم الأوسط من الوجه. وقد رأينا أثناء حديثنا عن الشكل العام للوجه أهمية الأنف الذي سندرسه الآن في جميع أشكاله.

١- الأنف المستقيم الكبير: ويعكس الطيبة، المزاج المعتدل والأنصاف في مواقفه وعلاقاته.



٢- الأنف العريض: ويعكس البساطة والموهبة العقلية المحدودة مع درجات متفاوتة من الاقتضاب.



٣- الأنف الحاد: ويعكس القساوة ودرجات متفاوتة من الخبث والبخل وكذلك الغضب والثورة السريعين.



٤- الأنف الصغير نسبياً والمتجه إلى الأعلى: ويميز صاحبه بالرفقة والتسامح وكذلك بالبساطة والهيستيريا والإقدام ولكن أيضاً بالقليل من السطحية.



٥- الأنف المسطح الشبيه بأنف القط: وهذا الأنف يوحي بعذائية صاحبه وبميله للخبث.



٦- الأنف المعكوف إلى أعلى: رغبة في السيطرة، وميل للبخل.



٧- الأنف العبري: انائية متطورة ودرجات متفاوتة من البخل والوقاحة.



٨- الأنف الشبيه بالمنقار: متحمس عادة للأخلاق النبيلة، ميل للأعمال الذهنية والفكرية. إلى حد ما مغامر.



٩- الأنف ذو المنخرين المفتوحين إلى الامام: وهذا الأنف يعكس انبساط صاحبه وانفتاحه على الآخرين.



و- الشفاه

تتدخل الشفاه كعامل أساسي في تحديد القسم الأسفل للوجه. وهي التي تعطي للقم شكله وتحدد حجمه. وها هي متغيرات شكل الشفاه مع ما يعكسه كل منها.

١- الشفاه المتساوية: وهذه الشفاه تعكس



التوازن النفسي والميل لاحقاق الحق. كما تعكس النزاهة والتجرد.



٢- الشفة العليا كبيرة: وهذه الشفاه تعكس

طيبة صاحبها.



٣- الشفة السفلى كبيرة: وهذه الشفاه تعكس

شعور صاحبها بالتفوق. كما تعكس ميل الشخص للسيطرة. وكذلك فان هذا الشخص يظهر بعض الاحتقار للآخرين.



٤- الشفاه اللحمية الحادة والواضحة: وهذه

الشفاه تعكس الشبق.



٥- الشفاه الرقيقة - المسطحة: وهذه الشفاه

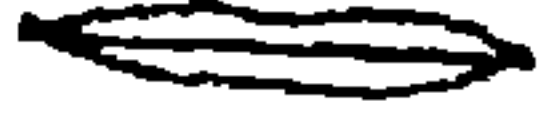
تعكس حساسية محدودة، قساوة وخبث. كما يمكن أن تعكس هذه الشفاه الميل للغش والخداع.



٦- الشفاه المقوسة (المتماوجة): وهذه الشفاه

تعكس خجل صاحبها وبرأته وكذلك فهي تعكس بساطته.

٧- الشفاه المشدودة: وتعكس هذه الشفاه



حيرة صاحبها وكذلك طموحه وبخله. كما تعكس هذه الشفاه كون صاحبها ذا ارادة قوية، متصلياً ومغروراً.

٨- الشفاه المتباعدة: وهذه الشفاه تدلنا على



التردد في اتخاذ القرار وكذلك على درجات متفاوتة من الضعف النفسي والعاطفي وأخيراً فإن هذه الشفاه تدلنا على ضعف صاحبها وكسله.

وفي نهاية حديثنا عن الشفاه لا بد لنا من استعراض الدلالات النفسية لحركات الشفاه. وهذه الحركات قد تتبدى من خلال ارتجاف الشفاه وتدلنا في هذه الحالة على عصبية، هيستيرية الشخص وكذلك ارهاقه النفسي وشعوره بالظلم.

أما إذا كانت للشفاه حركات عصابية مثل عادة عض الشفاه أو مص الأصبع... الخ، فهذه الحركات تعكس معاناة الشخص للضغوط النفسية، مشاعر الندم، رغبة مكبوتة بالثورة وكذلك القلق. ومن الممكن في بعض الحالات أن تكون هذه الحركات دليلاً على حالات متفاوتة الحدة من العصاب وأحياناً التخلف العقلي.

أما إذا كانت الشفاه لا تتحرك بشكل متناسق أثناء الكلام فإن ذلك قد يعكس اضطراباً في النطق (Logonévrose) أو قد يوحي لنا بوجود أعطال عصبية.

والشفتان كما اشرنا في بداية الكلام عنهما تؤلفان الفم، وحجم الشفتين وبالتالي حجم الفم يلعب دوراً مهماً في تحديد شخصية المرء. فإذا كان الفم صغيراً فإن ذلك يدلنا على بساطة التصرفات والقدرات الذهنية. أما إذا كان الفم كبيراً فإنه يدلنا على العاطفية والتوقد. ولكنه قد يعكس أيضاً الميل لكثرة الكلام أو لاستعمال الالفاظ غير

المهذبة. أما اذا كان الفم مقوساً نحو الاسفل على شكل ٨ فإنه يعكس الحزن والتعاسة وفقدان الامل كما قد يعكس الاتيهار.

واخيرا عندما يكون الفم مقوساً نحو الأعلى على شكل ٧ فهو يدلنا على حسن النية، التفاؤل، المرح وعلى قوة الشخصية.

ز- الذقن

وهي بعد الشفاه ثاني المعالم الرئيسية للقسم الأسفل للوجه. والذقن يمكن ان تكون بأحد الاشكال التالية:



١- الذقن الكبيرة: وتعكس قوة الارادة، الطاقة، الهدوء والقدرة على التحكم بالذات.



٢- الذقن الصغيرة و/أو المشدودة نحو الخلف: وتعكس ضعف الارادة وضعف القدرة على الاحتمال والمثابرة.



٣- الذقن البارزة والطويلة الفكين: وتعكس الطموح القوة والقدرة.



٤- الذقن البارزة والمشدودة نحو الاعلى: وهذه الذقن تعكس عادة خبث صاحبها.



٥- الذقن المربعة: وتعكس مثل هذه الذقن قوة ارادة صاحبها.



٦- الذقن الحادة: وهذه الذقن تدل على لا منطقية صاحبها.

٧- الذقن المدورة: وتعكس هذه الذقن طبيعة صاحبها حسن معشره وكذلك لطفه وكونه محبوباً.

٨- الذقن البيضاوية: وتدل هذه الذقن على الثبات والتوازن الانفعالي.

ح- الأذن

١- الأذن الكبيرة: وتدلنا على سذاجة صاحبها.

٢- الأذن العالية: وتدلنا على الوقاحة والاستهتار بالقيم.

٣- الأذن للعريضة المجوفة: (مثل الصدفة) وتدلنا على الحس الموسيقي لصاحبها.

٤- الأذن الصغيرة: وتدل هذه الأذن على التهذيب، الخرف واللباقة.

٥- الأذن المغروسة نحو الأسفل: وتدلنا هذه الأذن على شجاعة صاحبها وإقدامه.

٦- الأذن السمينة: وتدلنا هذه الأذن على كون صاحبها شعبياً مع ميل للسوقية.

٧- الأذن المدورة: وهذه الأذن تعكس تفوق صاحبها الذهني كما تعكس كونه صاحب مواهب.



٨- الأذن غير المسطحة جيداً: وهذه الأذن

تعكس ضعف صاحبها.



٩- الأذن القريبة من الراس والملتصقة به:

وهذه الأذن تدلنا على عناد صاحبها.



١٠- الأذن الحادة: وتدلنا على ميل صاحبها

للقكامة والتندر.



١١- الأذن محددة الحواشي: وتدلنا على

الطاقة والقدرة على اتخاذ القرار.



١٢- الأذن البعيدة عن الراس: ويمكن أن

تعكس تخلفاً عقلياً نسبياً. إلا أنها من الممكن أن

تعكس أيضاً الخبث والميل للأذى.

وفي نهاية حديثنا عن أساليب تحديد الشخصية من خلال دراسة الوجه

وقسماته. نجد لزماً علينا ان نناقش نقطتين مهمتين هما:

أ- الشكل العام للوجه

ب- النظرة

أ- الشكل العام للوجه.

١- الوجه المربع: ويدلنا هذا الوجه على الحيوية، الطاقة والتسلط. وهذا الوجه

هو وجه القادة، المجددين (نابليون، هيجو، بيتهوفن)، ولكن صاحب هذا الوجه قد

يكون ميالاً للسخرية اللاذعة (فولتير) أو قد يتميز بالكبرياء الزائد (ريتشارد فاغنر).

٢- الوجه المستطيل: يدل هذا الوجه ايضا على الحيوية، الطاقة والميل للسيطرة ولكنه اقل قوة من صاحب الوجه المربع، وصاحب هذا الوجه يحقق ذاته في ميادين مثل السياسة، الرياضة والاعمال. فصاحب هذا الوجه يمتاز بقدرته على الحفاظ على التوازن (خاصة اذا كانت له جبهة عريضة) ومن اصحاب الوجه المستطيل (دانتى، بوالو،... الخ).

٣- الوجه المتطاول: ويميز هذا الوجه الأشخاص الذين يميلون للتأمل، الزائدي الحساسية والميالىن للتساوم، الوحدة والتعاسة. ولكنهم في المقابل يتمتعون بقدرات عقلية وذهنية جيدة وكذلك بخيال خصب. الا ان قوتهم الجسدية تكون محدودة ومن اصحاب هذا الوجه (اناتول فرانس، برناردشو، ديكارت... الخ).

٤- الوجه المثلث: (رأس المثلث نحو الأسفل): يدل على الذهن المتفوق والمتوقد وكذلك فهو يدل على الجرأة، سعة الخيال والقدرة على الابتكار. وهو أحياناً مغامر. وهذه المجموعة تحوي الصوفيين، الفنانين والفلاسفة ومنهم نذكر (شوبان، كنط... الخ).

٥- الوجه المدور: ويشع هذا الوجه بالحرارة والسعادة والتفاؤل وهو يعكس ايضا الطيبة والشره والمرح.

وصاحب هذا الوجه يغضب بسرعة ولكنه لا يحمل الحقد وهو كثير الحركة وصديق جيد ووفي ومن اصحاب هذا الوجه (بلزاك، الكسندر ديماس... الخ).



نلاحظ في هذه الصورة القوس الربع دائري الذي يساعدنا في تحديد مدى دائرية الوجه وكذلك مدى انتفاخ الخدود.

أما الخط الأسفل، المتقطع فهو الفاصل بين القسم الأسفل للوجه ويبين قسمه الأوسط.

في حين أن الخط الأعلى، المتقطع أيضاً، فهو الفاصل بين القسم الأوسط للوجه ويبين قسمه الأعلى.

وأخيراً فإن الدائرة الموجودة على يمين الصورة مع الخط المنبثق منها فهما تساعدان على تحديد حجم الوجه.

٦- الوجه البيضاوي: اصحابه يتشابهون الى حد بعيد مع أصحاب الوجه المدور ولكنهم يمتازون عنه بديبلوماسيتهم وكذلك من خلال كونهم أقل نشاطا وحيوية. وأصحاب هذا الوجه يمكن احيانا ان يوجهوا قدراتهم نحو مشاعرهم السلبية وهم بذلك قد يصبحون خطرين اذا ما استثيروا او تعرضوا للاستفزاز. ومنهم (ياغانيني، ليراهام لنكون... الخ).

ومن الطبيعي القول بأن شكل الوجه الهندسي لوجهه لا يستطيع ان يعطينا فكرة متكاملة عن الشخصية ما لم نقرن ذلك بدراسة قسّمات الوجه وحركاته. وكذلك مقدار العناية به (النظافة- التسريحة- التقن... الخ).

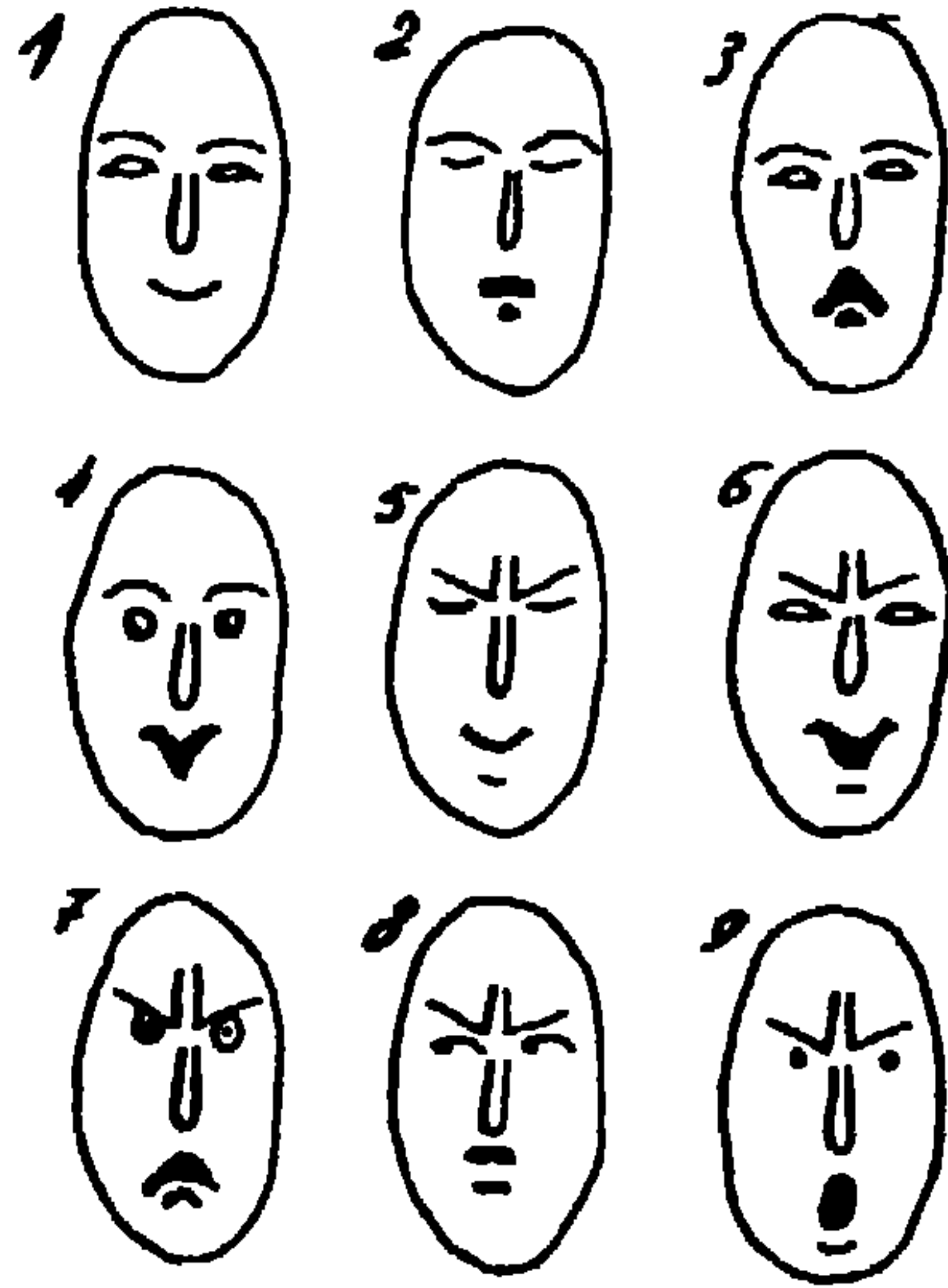
ب- النظرة

إن النظرة لا تنقل فقط العالم الخارجي الى داخل الشخص ولكنها ايضا تعكس دواخل النفس وتعرضها على العالم الخارجي. وكما سبق القول فإن للعين لغتها الخاصة. هذه اللغة التي تحددها العين من طريق لمعاتها. اتجاه نظرتها، حدة او سطحية النظرة، وكذلك درجة حركتها. والعين لكي تعبر عن داخل صاحبها تستعين بالحاجيين فتعطيها الشكل الملائم لما تريد ان تعبر عنه وكذلك فإن النظرة تستعين بمضلات الوجه ككل وتعطي للقم وللخدين تقلصات وأشكالا معينة.

وفي هذا المجال نذكر بقول بلزك: "ان نظرة واحدة يمكن احيانا أن تكون كافية لتقول كل شيء عن جمال او عن قبح احدى النفوس".

وبما ان المجال يضيق بنا لشرح تفاصيل دلالات النظرة فإننا نكتفي بأن نورد بعض رموز لغة العين ونظراتها.

والحقيقة ان مجموع هذه الصور لا يساعدنا ويلخص لنا النظرات ولكنه يختصر لنا مجمل تعابير الوجه ولناخذ كل صورة على حدة فنلاحظ.



جدول عن B. Jacobson

الصورة رقم ١ وتمثل تعابير الشخص المنتظر، اللامبالي، المتردد وكذلك
المسرور.

الصورة رقم ٢ وتمثل تعابير الشخص المكثفي، الراضي عن نفسه والجدي.

الصورة رقم ٣ وتمثل تعابير الشخص المكتئب، المنهار والمعذب.

الصورة رقم ٤ وتمثل تعابير الشخص المفاجأ بمفاجأة سرية، الحيوي والمسرور.

الصورة رقم ٥ وتمثل تعابير الشخص الذي يقاوم اظهار سروره.

الصورة رقم ٦ وتمثل تعابير الشخص المسرور والمنشرح من كل قلبه.

الصورة رقم ٧ وتمثل تعابير الشخص المتعرض لمفاجأة غير سارة، الخائف

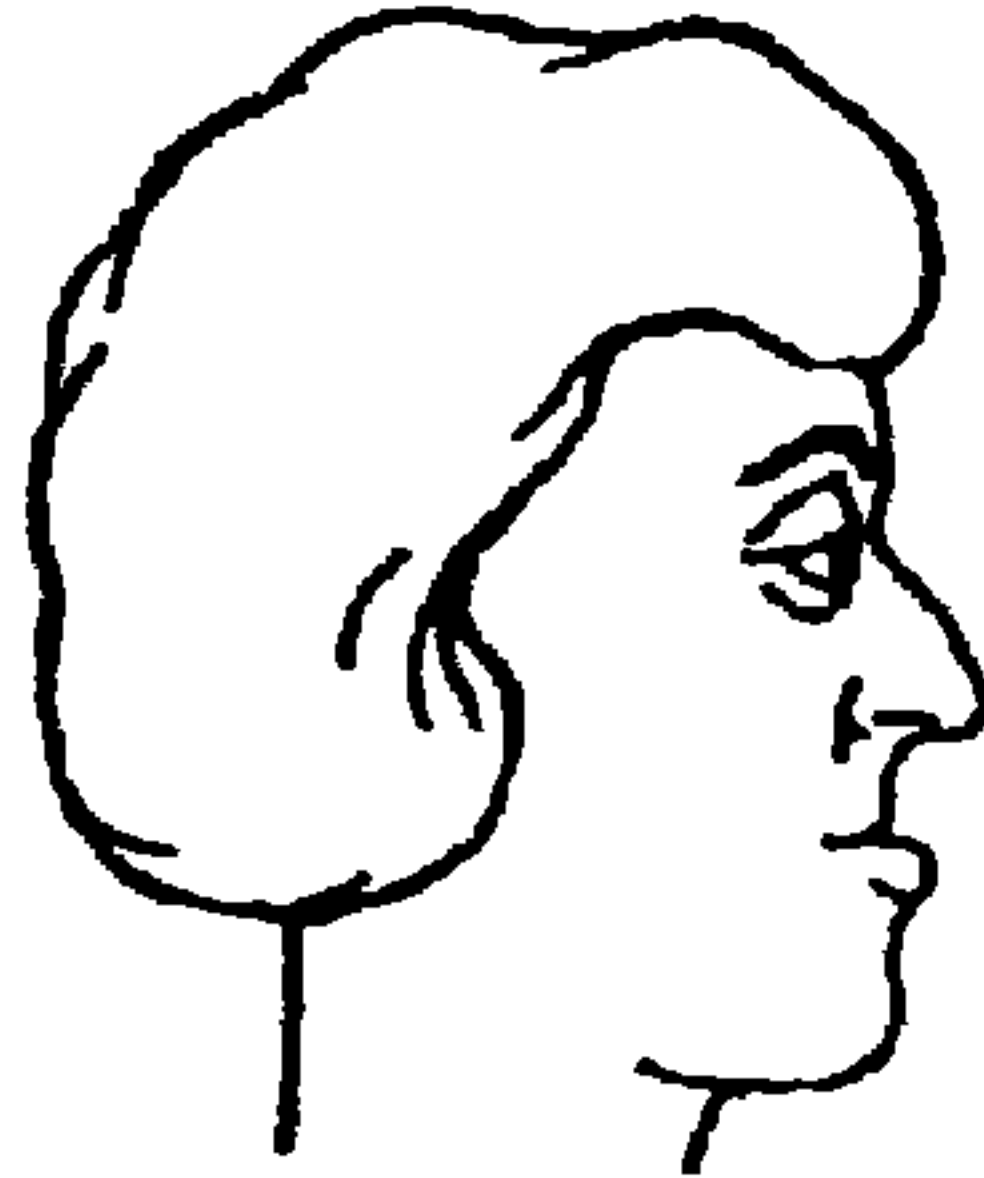
والقلق

الصورة رقم ٨ وتمثل تعابير الشخص الحشري، غير الواثق من نفسه وغير

المطمئن.

الصورة رقم ٩ وتمثل تعابير الشخص القرف، انفجار أمام مفاجأة غير سارة، الغضب، التعرض للتهديد والثورة.

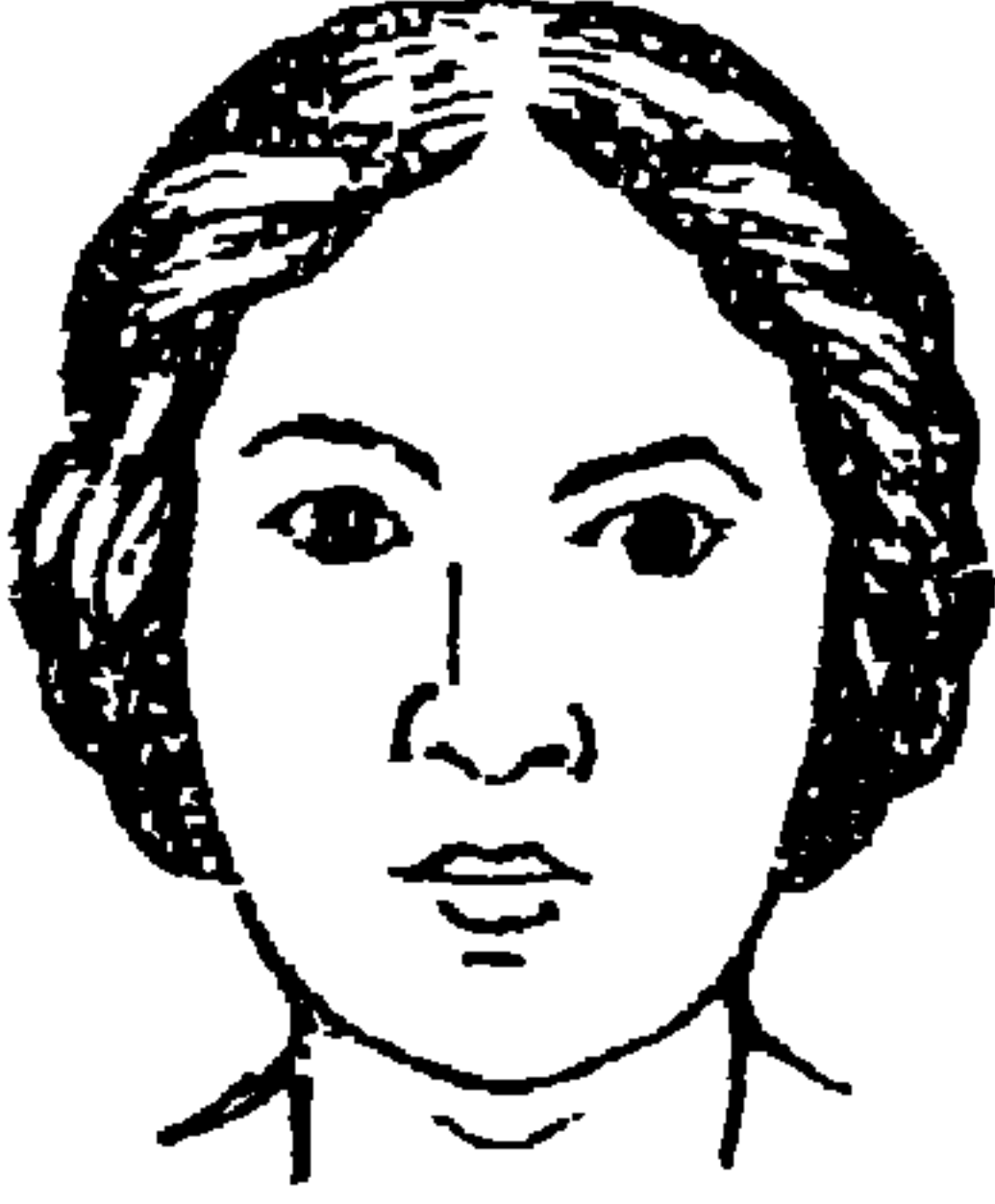
وأخيراً فيها نحن ننهي عرضنا للدلالات النفسية لشكل الوجه باستعراض بعض الصور المرضية. بحيث نعرض الصورة ونشرح تحتها المرض الذي تعكسه ومظاهر هذا المرض. وفي هذا العرض فائدة ليس فقط من حيث التطبيق العملي كما أوردناه عن طرق دراسة الوجه ولكن فيه ايضاً فائدة من حيث تكوين نظرة عامة مقارنة حول هذا الموضوع.



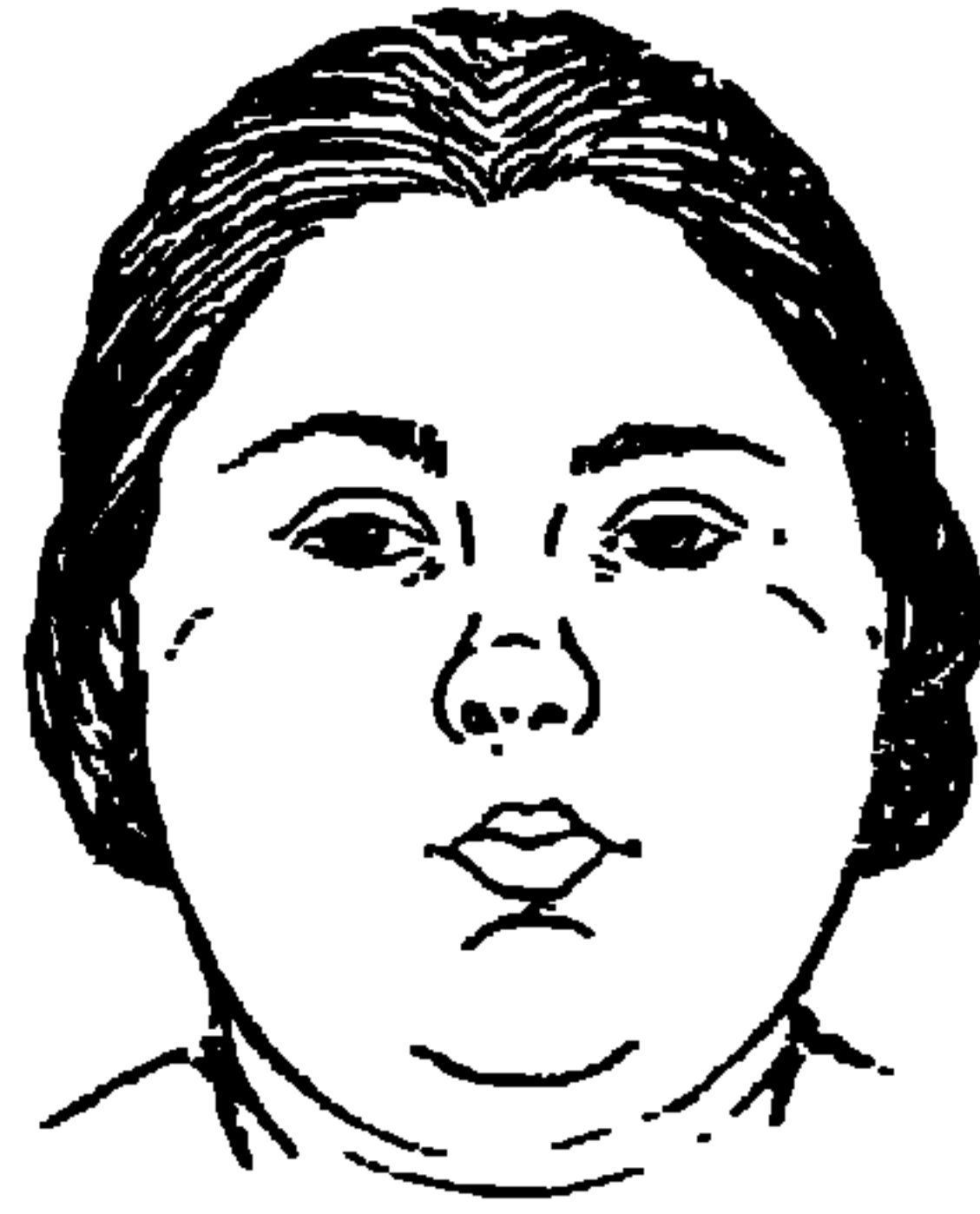
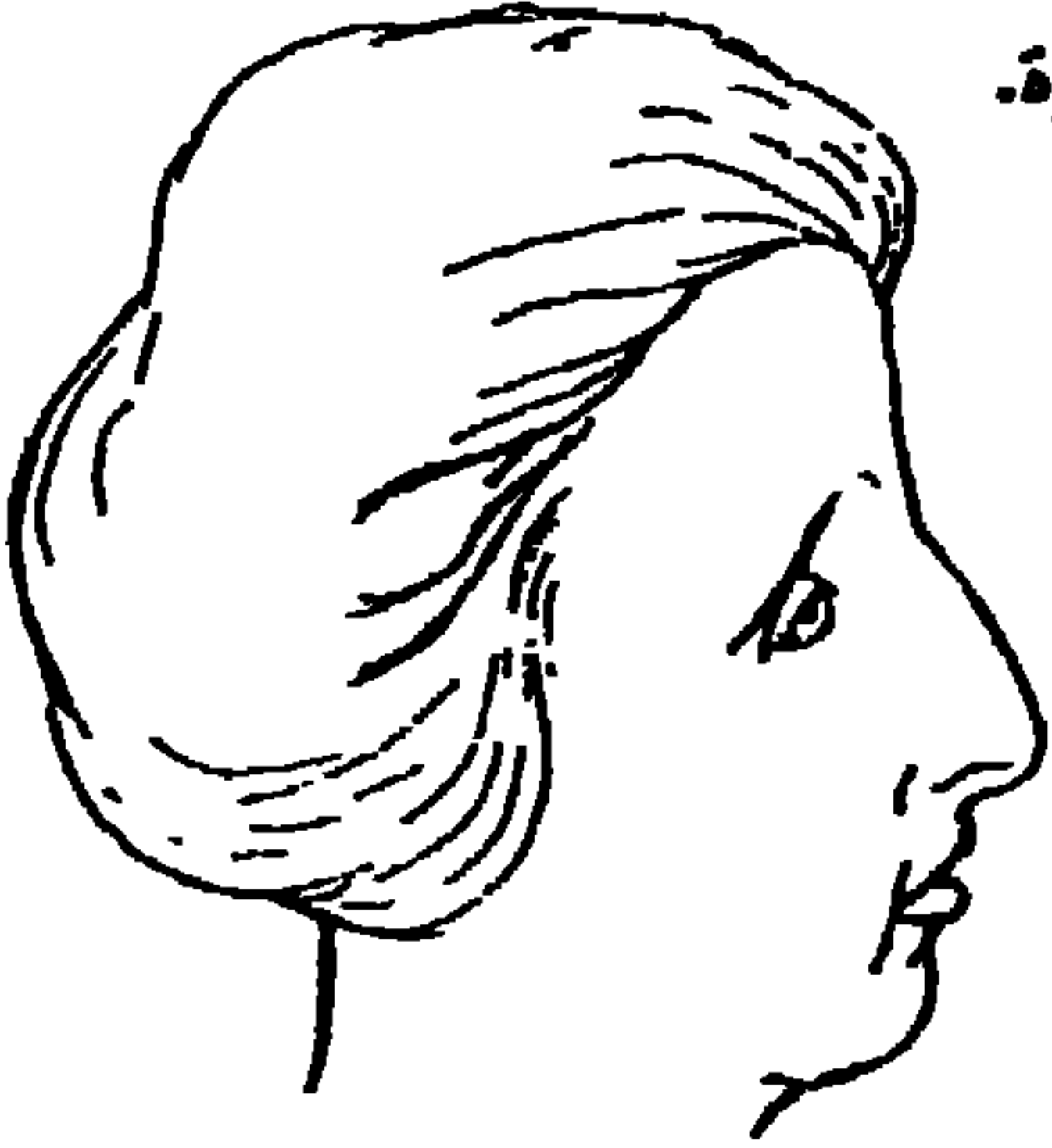
مرض كروزون، يتميز بأنف (منقار)، تناذر زولن Zwahlen: وجه مثل وحول في كلتا العينين، انخفاض في السمكة، أنف أفطس، نحف الخدين. النظر. وطرش جزئي



المنغولي. لاحظ ميلان العين الخاص قصور افراز الدرقية. لاحظ المنظر بالمنغولي والمنظر العام للوجه (أنف المميز. انتفاخ الأغشية... الخ. وهذا القط الأذن... الخ) وهو متخلف عقلياً القصور يؤدي للغبوة في حال تطوره.



قصور الدرقية في مرحلة متقدمة. لاحظ زيادة إفراز الدرقية. لاحظ النظرة الخائفة انتفاخ الجفون. والتحفظ وفي هذه المرحلة فان ذكاء المريض يكون محدوداً. ويمتاز المريض بسرعة الغضب والاستثارة.



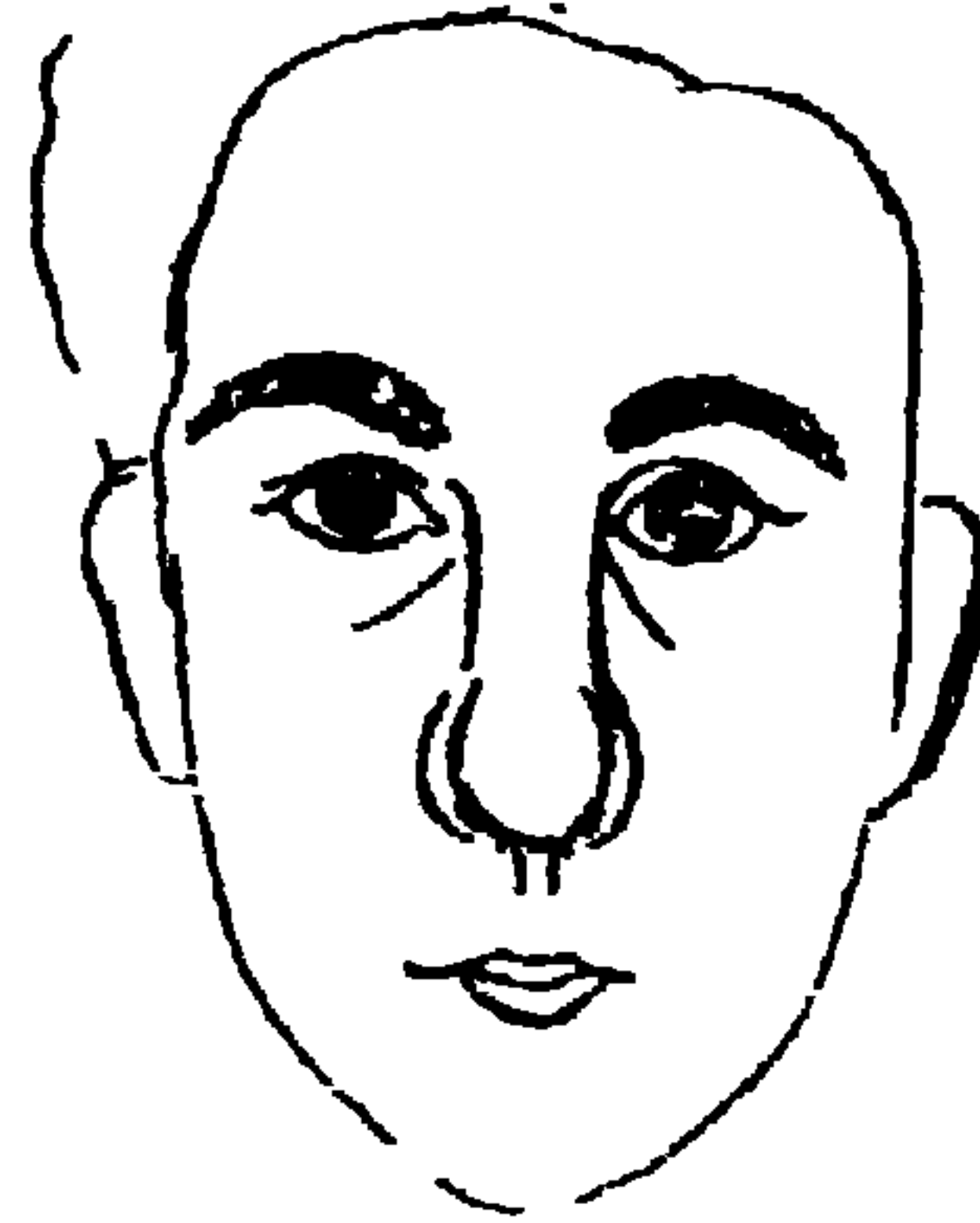
تناذر Cushing الوجه مدور أحمر تناذر هيرمان-ستريف-فرسناوا. المميز اللون، يوحى بالصحة ولكن تعابير شبيهة بوجه يشبه وجه الطيور. أنف ضامر معذومة. وهو يوحى بالطيبة والوداعة. وحلاد. فقر شعر الحاجبين. وعينان جد صغيرتين.



تناذر فريمان-شيلدون لاحظ: العينان غائرتان، مائلتان بعكس الميلان المنغولي. تأخر نمو نصف الوجه (وجه Romber) وميزاته واضحة في الصورة.



قصورة افراز الخصي. لاحظ تجعد الجلد ونشفتة وغياب شعر الشارب والذقن. الكثرة (Acromégalie) لاحظ تضخم الأنف، الشفاة الأصابع. وكذلك زيادة الشعر في الحاجبين.



التأخر الشعري - الأنفي - الأناملية قصور الافراز الدرقي لدى الأطفال
Tricho - Rhino - Phallangien يتميز بندرة الشعر وخفته، مع أنف ضخمة
مظهر الوجه واضح. ومن صفات هؤلاء الأطفال الغباء.
لحمي، الأسنان مزروعة بشكل مشوه.
مع ضعف النمو العقلي.

٣-دراسة شكل الجسم

كنا قد أشرنا في بداية هذا الفصل الى أن فكرة الربط بين مظهر الشخص وبين طباعه هي فكرة قديمة . ذلك أن الأقدمين اعتقدوا بأن مظهر الشخص وطباعه انما يعودان لنفس الأسس البيولوجية التي تحددنا بيئة ووراثة الشخص.

والحقيقة ان هذه النظرة تتمتع بالكثير من الموضوعية العلمية. فنحن نعرف اليوم التأثيرات المهمة التي تمارسها غددنا الصماء سواء على الصعيد النفسي أو على الصعيد الجسدي. فقصور افراز هورمون النمو لا يؤدي فقط الى إعاقة النمو الجسدي ولكنه يعيق ايضا النمو العقلي للشخص المصاب بهذا القصور. وقس عليه بالنسبة لباقي اضطرابات الغدد الصماء.

واذا كنا في مجال عرض الاراء الرابطة بين شكل الجسم وبين الخصائص النفسية للشخص فاننا نبدأ بـ:

١ - تقسيم هيبوقراط

ان اولى التصنيفات الشكالية لطبائع الانسان. هي التصنيفات التي ارساها الطب اليوناني القديم. يوم كان الطب فلسفة اكثر منه علما تجريبياً. وقد راينا كيف اقترح ارسطو دراسة طبائع الشخص عن طريق ايجاد الشبه بينه وبين الحيوان. أما هيبوقراط فقد اعتمد تقسيما اخر. قسم الناس الى اربعة اشكال رئيسية، وهذا التقسيم الرباعي يأتي اعتماداً ومقارنة مع التقسيم الفلسفي للعوامل الأساسية للحياة وهي الماء، التراب، النار والهواء. ولغاية وقتنا الحاضر فان هنالك عددا من المفكرين الذين لا يزالون يعتمدون هذه القواعد في شرح شخصية الانسان. ومن هؤلاء نذكر المفكر الفرنسي غاستون باشلار.

٢- التقسيم الفيزيولوجي-

وهذا التقسيم يعتمد مبدأ وجود أربعة طباع أو أشكال للطبائع. ويقسمها على النحو التالي: (١) النمط الصفراوي، (٢) النمط العصبي، (٣) النمط الدموي، (٤) النمط الليمفاوي. أما فيما يتعلق بالخصائص الجسدية والنفسية لهذه الأنماط فهي التالي:

أ- النمط الصفراوي: ويتميز هذا الشخص بطول اليدين ولكن أيضا بنمو مختلف قوائمه الجسدية. ولهذا النمط مزاج نفسي- حركي أي أنه فاعل وعلمي.

ب- النمط الليمفاوي: ويتميز هذا النمط بنقل إعطائه وسمنتها. وهو إلى ذلك ذو حيوية محدودة.

ج- النمط العصبي: وهذا الشخص يوجد دائماً تحت تأثير ميوله وردات فعله العصبية. ومن الناحية الجسدية فهو يمتاز بهيمنة القسم الأعلى من وجهه (الجهة والجمجمة لجمالاً) على الوجه بل وعلى الجسد ككل. إذ إن هذا النمط يتميز برأس كبير ويجعد هش وهزيل.

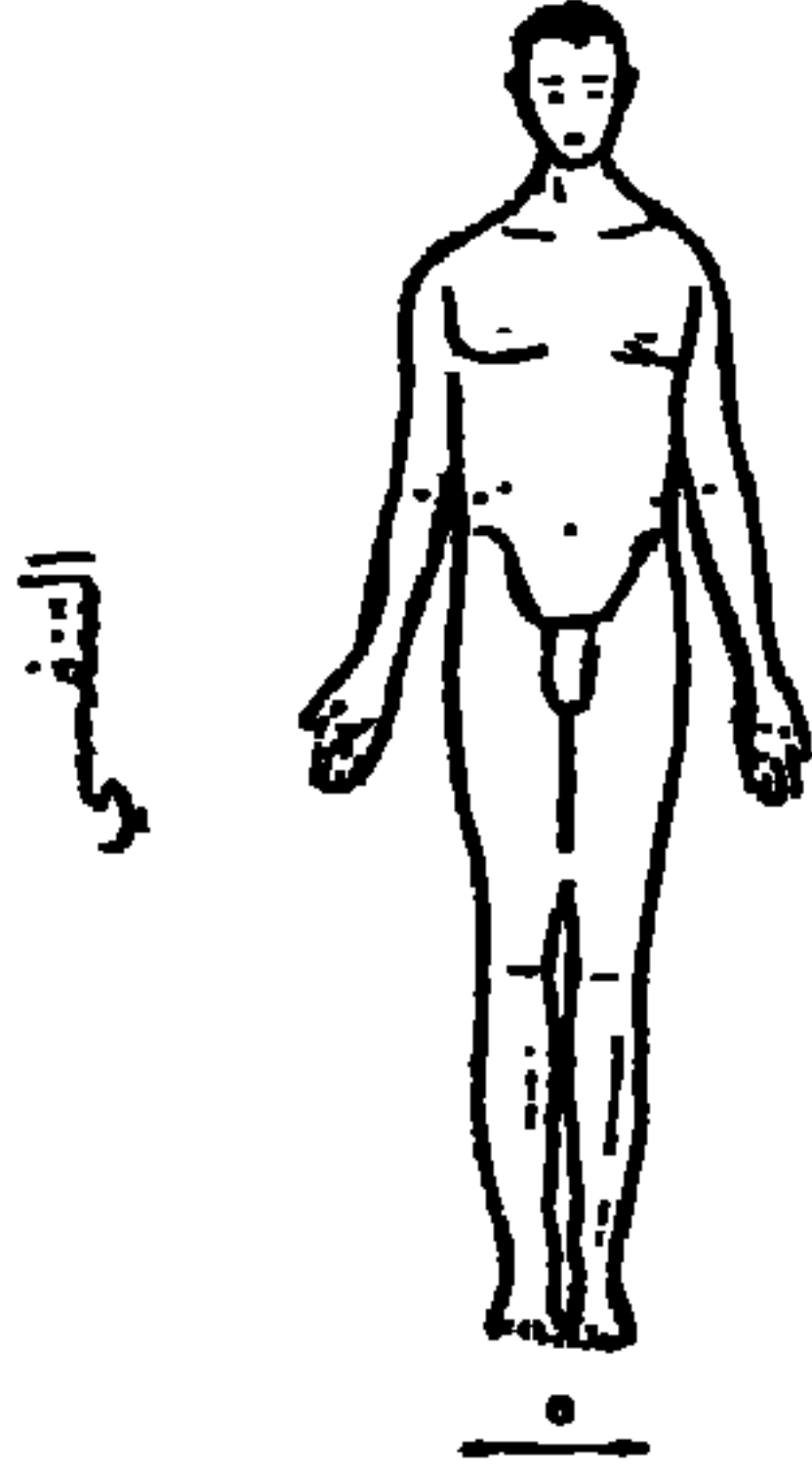
د- النمط الدموي: وهذا الشخص تستهويه الآثار الانفعالات. بحيث يبحث عنها. وهو كثير الحركة، أما على صعيد الجسد فهو يتميز بالصدر الواسع وبهيمنة القسم الأوسط من وجهه على باقي أقسام الوجه.

والحقيقة أنه في الواقع العملي قلما نلاقي نمطا بعينه ولكننا غالبا ما نصانف مزيجا من هذه الأنماط في شخص واحد. وتقدر هذا التمازج ودرجته يعتمدان أساساً على خبرة الفاحص وحسنه.

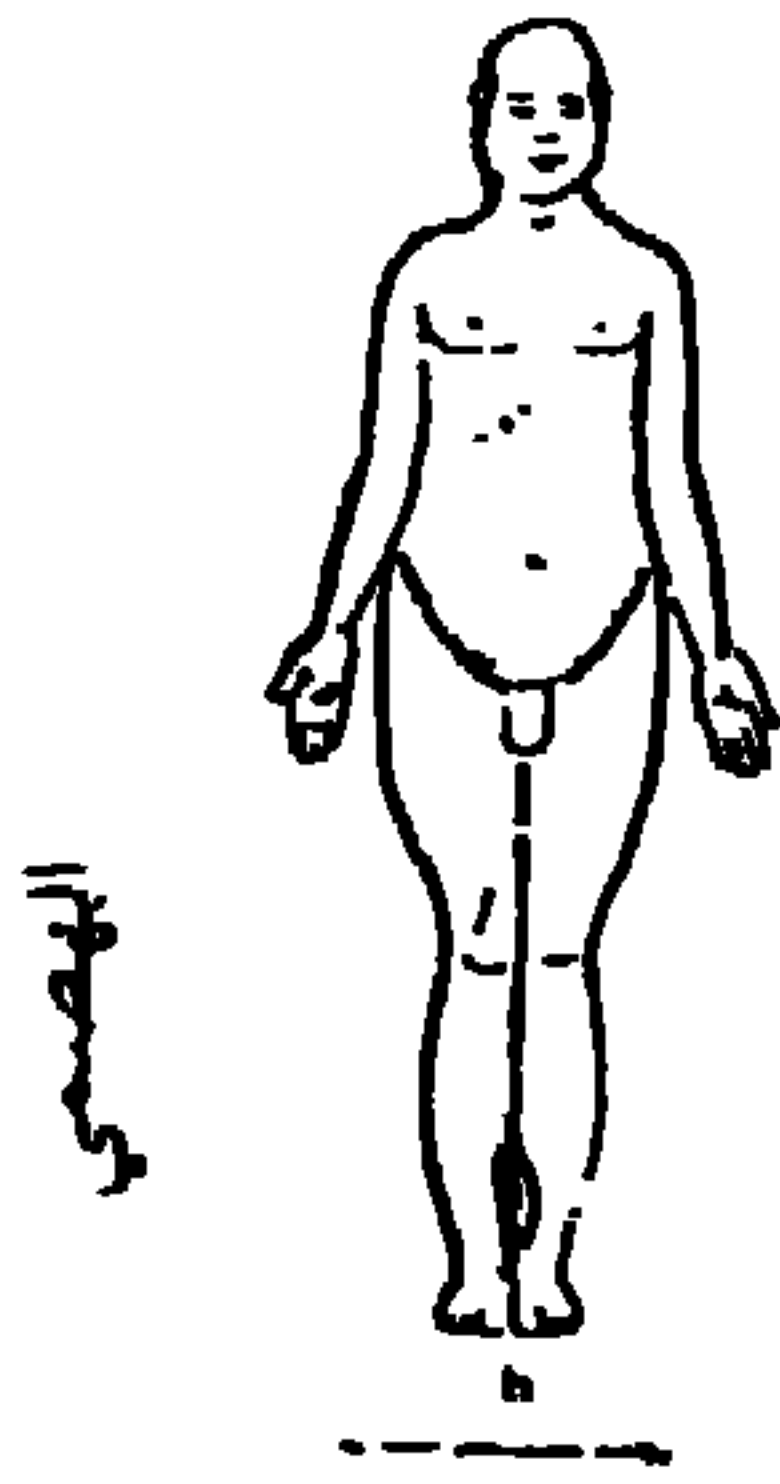
٣- تقسيم المدرسة الفرنسية (Sigaud)

لقد تبنى سيغو Sigaud نظرية الفيلسوف لامارك (Lamarck) القائلة بتأثير البيئة في النمو العضوي للإنسان. إذ إن الظروف البيئية للإنسان هي التي تحدد

تطور أحد أجهزته الفيزيولوجية على حساب بقية هذه الأجهزة. وبناء على هذه النظرية أتى تقسيم المدرسة الفرنسية على النحو التالي:

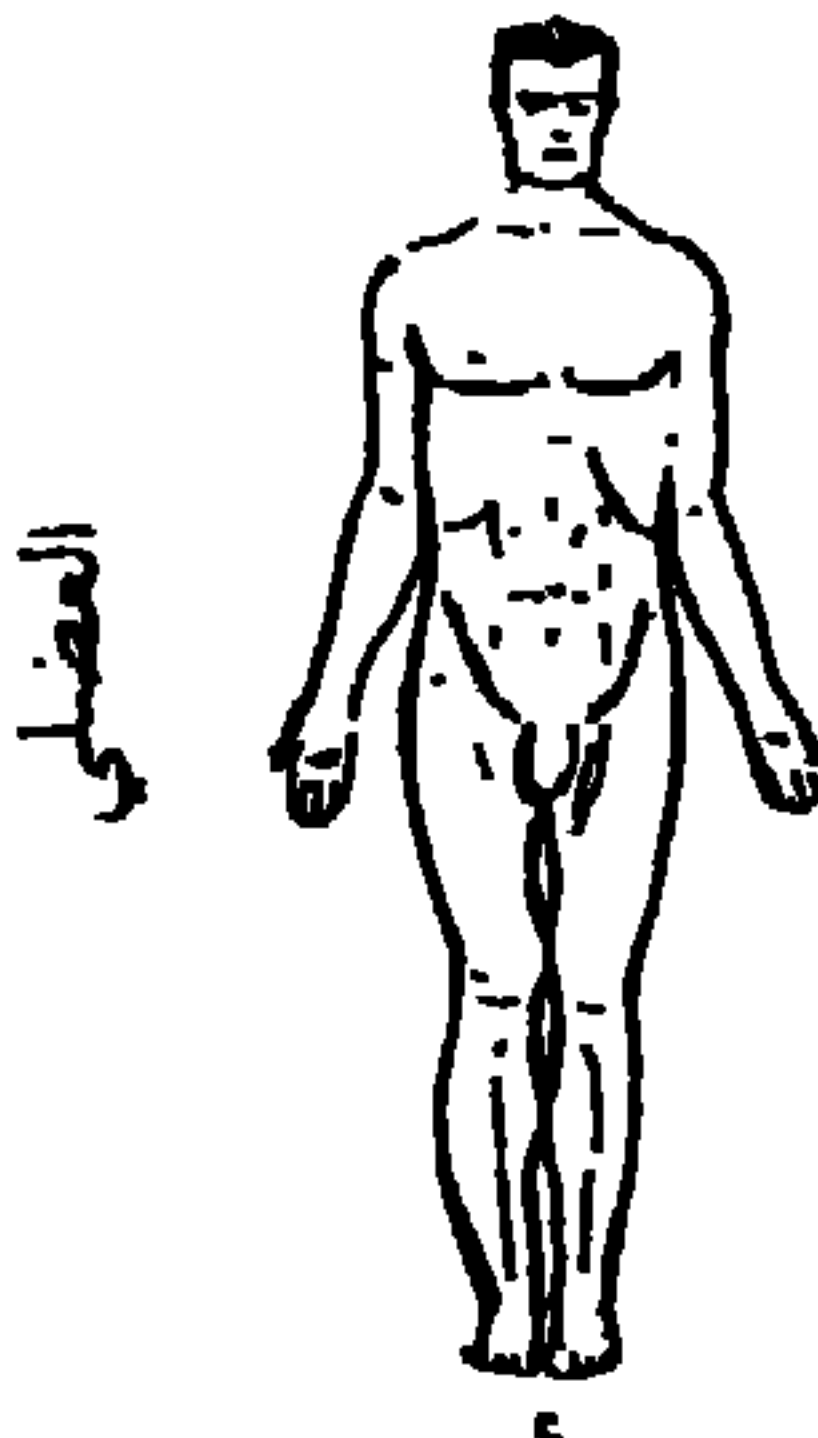


أ- النمط التنفسي: جسدياً يمتاز هذا النمط بجذع صغير يؤثر على المظهر الخارجي العام للجسم. بحيث يجعله يبدو وكأنه مربع منحرف قاعدته الكبرى نحو الأعلى. وبهذا فإن الكتفين تكونان عريضتين والقفص الصدري يكون نامياً سواء لجهة الطول أو العرض. أما عن شكل الوجه فهو على شكل معين يهيمن عليه القسم الأوسط (الأنف والخدان). والأنف يكون طويلاً يفصله عن الجبهة انخفاض في منطقة ما بين الحاجبين.



ب- النمط الهضمي: يمتاز هذا النمط بنمو البطن. وبطول نسبي للجذع. وذلك بحيث يبدو الجذع وكأنه يدفع الصدر إلى أعلى أما العنق فيكون قصيراً وسميماً.

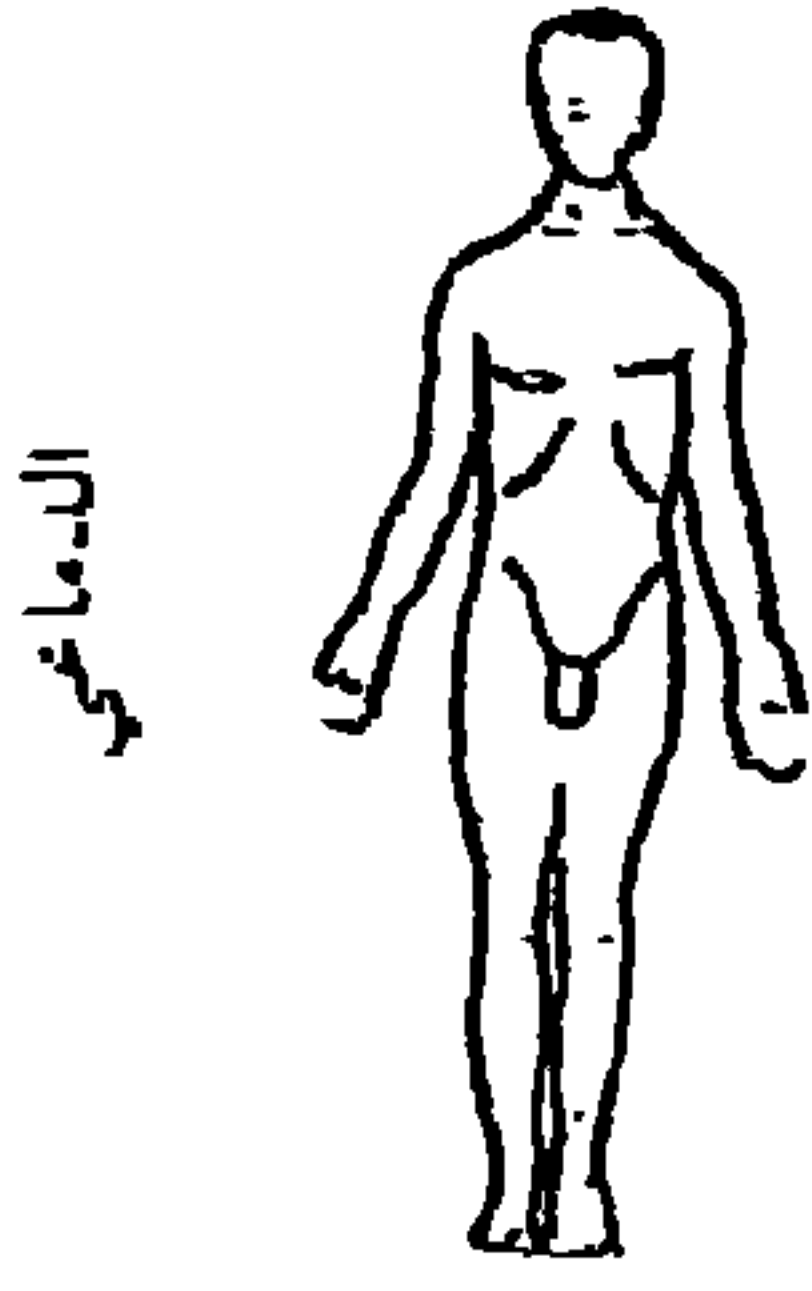
أما الكتفان فتكونان ضيقين وهابطتين. وعلى صعيد الوجه نلاحظ هيمنة القسم الأسفل منه (القم والذقن) مع جبهة ضيقة. (راجع معنى هيمنة القسم الأسفل للوجه والجبهة الضيقة).



ج- النمط العضلي: ويمتاز هذا النمط بتطور ملحوظ لأعضاء الجسم وكذلك لعضلاته. ويكون الجذع على شكل مستطيل. إلا أن هذا الجذع يكون متاغماً من حيث الحجم مع صدره.

أما وجهه فيكون مستطيلاً ويمتاز بالتناسق النسبي لأقسامه الثلاثة. ويمتاز هذا النمط أيضاً بنمو زائد للشعر في مختلف أنحاء الجسد.

د- النمط الدماغى: تهيمن جمجمة هذا الشخص على جسده. ويبدو وجهه على شكل مثلث قاعدته الى الأعلى. وجبهة هذا الشخص تكون عادة مقوسة. أما الأنف فيكون صغيراً او متوسطاً. في حين أن الفم والشفيتين يكونان صغيرين وتكون العينان واسعتين، كما يكون الحاجبان مقوسين ومتباعدين. وهذا الشخص عرضة للصلع أما وجهه فيكون عادة أجرد (دون شعر). قامته تكون عادة قصيرة. ويكون الجسد عامة متناسقاً من حيث حجم الصدر والبطن وكذلك من حيث طول اليدين والرجلين.



النمط الدماغى

٤- تقسيم المدرسة الإيطالية (Viola)

ينقسم الجهاز العصبي الى قسمين كبيرين هما: (١) الجهاز اللا ارادي أو النباتي ويتحكم بنرفزة الاحشاء. و(٢) الجهاز العصبي الارادي أو المركزي ويتحكم في الحركات الارادية. ولقد بنى الباحث الإيطالي (Viola) نظريته بناء على هذه المسئلة العلمية. فقال بأن هيمنة الجهاز اللا ارادي تؤدي الى تضخم الجذع (Mégalosplanchnique) وسمى صاحب هذا الجسم بالنمط المربعوع (Bréviline).

أما اذا هيمن الجهاز الاداري فان ذلك يؤدي الى نحول وضمور الجذع (Microsplanchnique) وذلك اضافة الى طول اليدين والرجلين (يحركهما الجهاز الارادي المهيمن في هذه الحالة) وسمى فيولا هذا النمط بالمتطاول (Longliline).

وفي حالة تعادل تأثير الجهازين نلاحظ عندها النمط العادي Normotype.

أما عن خصائص هذه الأنماط فهي التالية:

أ- النمط المربعوع (Breviline) من حيث الشكل الخارجي نلاحظ ان هذا النمط يتميز بجذع اكبر من اليدين. ووزن الجسم متوزع بشكل افقي بمعنى ان هذا النمط يسجل ميلاً للسمنة. أما البطن فهو يكون أضخم من الصدر وأكبر منه حجماً. أما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا الشكل فيتمثل من خلال قوة كبيرة وقدرة على التحمل. اما الصفات الجنسية فتبدأ متأخرة.

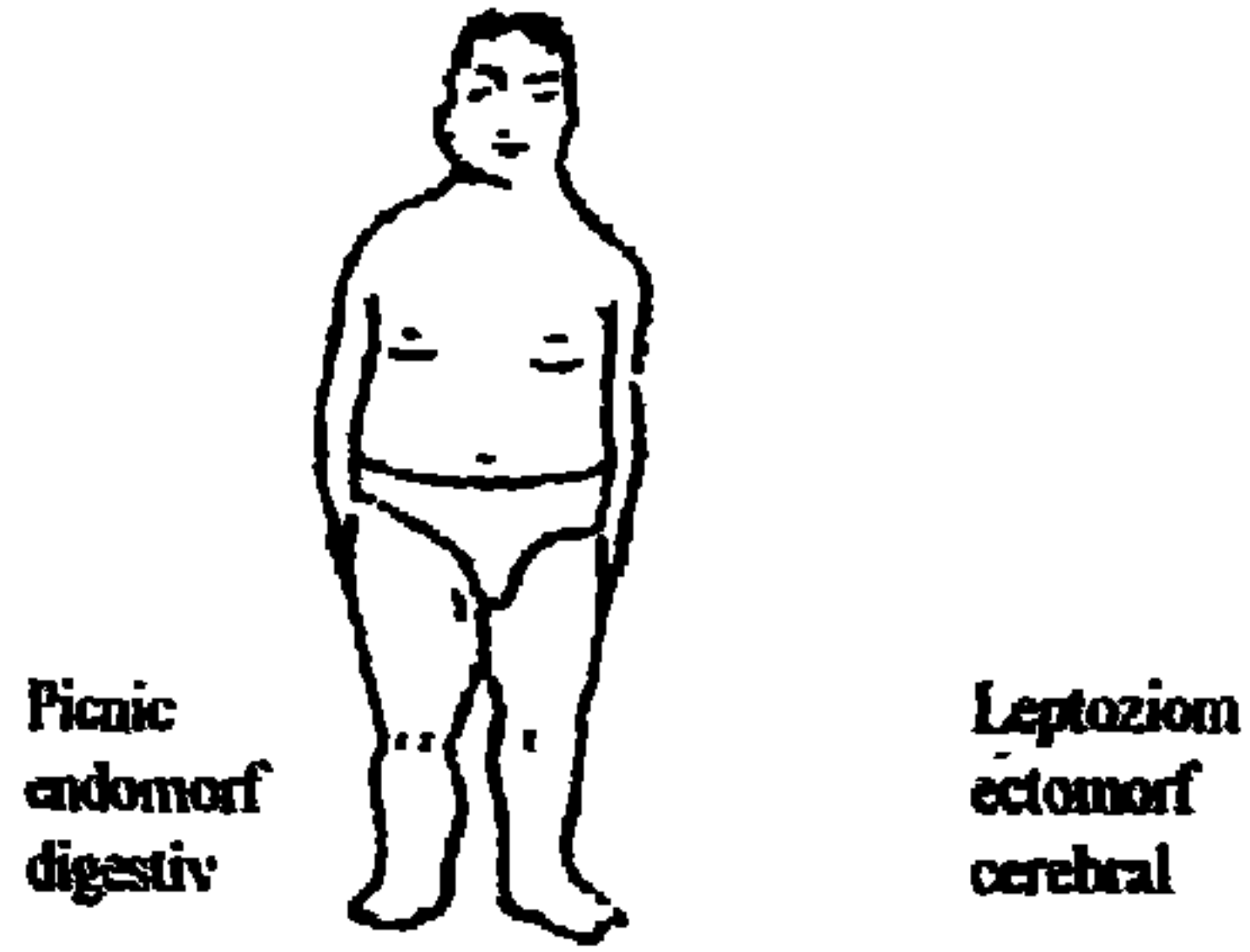
ب- النمط المتطاوّل (Longiline) : من حيث الشكل الخارجي نلاحظ طول اليدين بالنسبة للجذع. ووزن الجسم يتوزع بشكل عمودي بمعنى ان هذا النمط يسجل ميلاً للطول وللنحول. أما القفص الصدري فهو طويل وأكبر من الجذع. كما يتميز هذا النمط بالعنق النحيف والطويل. أما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا النمط فيتمثل من خلال الوهن والتعب بسرعة. والصفات الجنسية والغرائز المميزة لهذا النمط فهي تكون ضعيفة نسبياً وإن ابتداء في سن متقدمة (أي في سن بلوغ مبكر). كما يتميز هذا النمط بالذكاء وخاصة فيما يتعلق بالمسائل الذهنية. أما في القضايا العملية فذكاء هذا النمط محدود.

هـ- تقسيم المدرسة الألمانية (Kretschmer)

وفي النهاية نعرض لتقسيمات كرتشمير. الذي اعتمد هذا التقسيم على معطيات بيولوجية ووراثية فنقسم الناس الى ثلاثة أنماط هي:

أ- النمط الرياضي: ويمتاز بعظام وعضلات متطورة مع صدر قوي، رأس كبير وتقاسيم حادة وقوية.

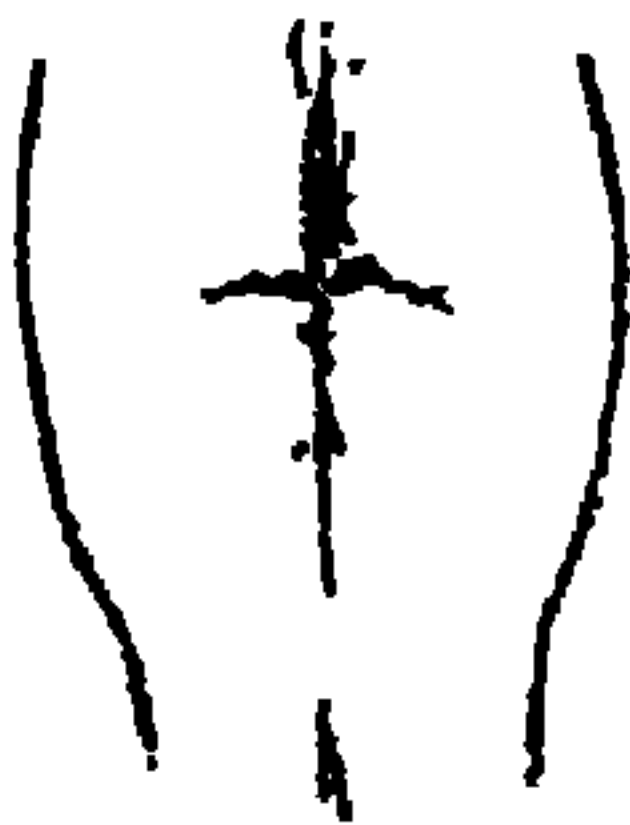
ب- النمط الواهن: ويكون الشخص نحيلاً ورشيقاً، أما راسه فيكون صغيراً. أما قفصه الصدري فيكون ضيقاً وطويلاً. كما تكون يداه طويلتين.



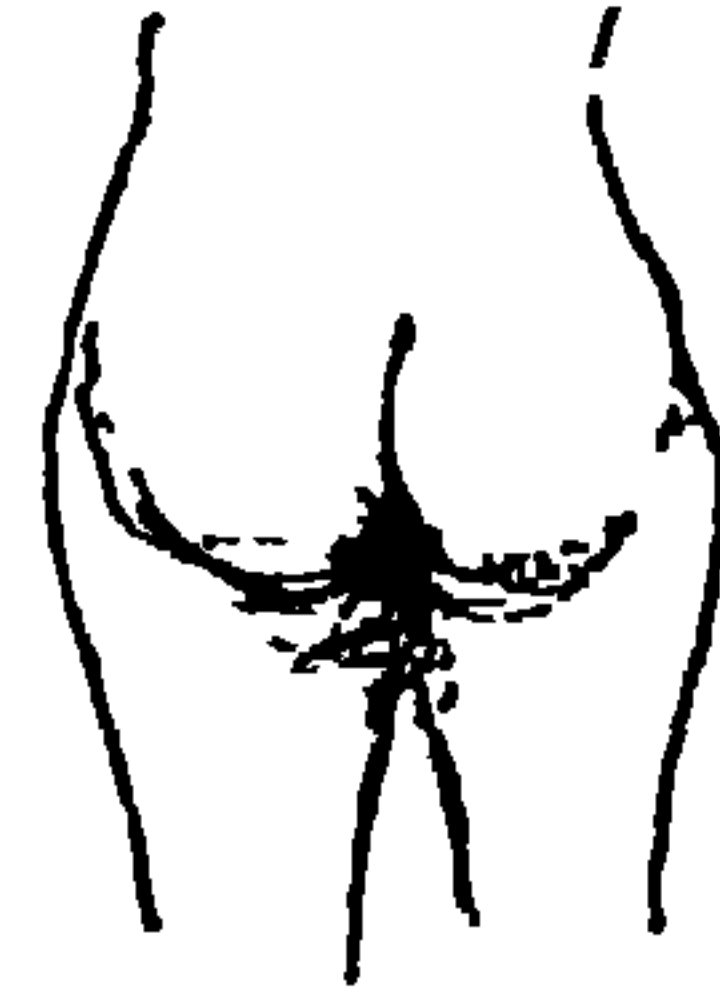
أُ جيداً وسميناً. أما وجهه فهو مدور
ميل زائد نحو السفنة.

١٥. المدارس فأتنا تنهي هذا الفصل
في بداية الثمانينيات طلبت إحدى
بنواتها دراسة نفسية حول الجينز
من جذب جنسي من الدرجة الأولى.
١٦. المجال فكأنت أنه بالامكان الاستدلال على
قد قسمت هذه الدراسة أشكال

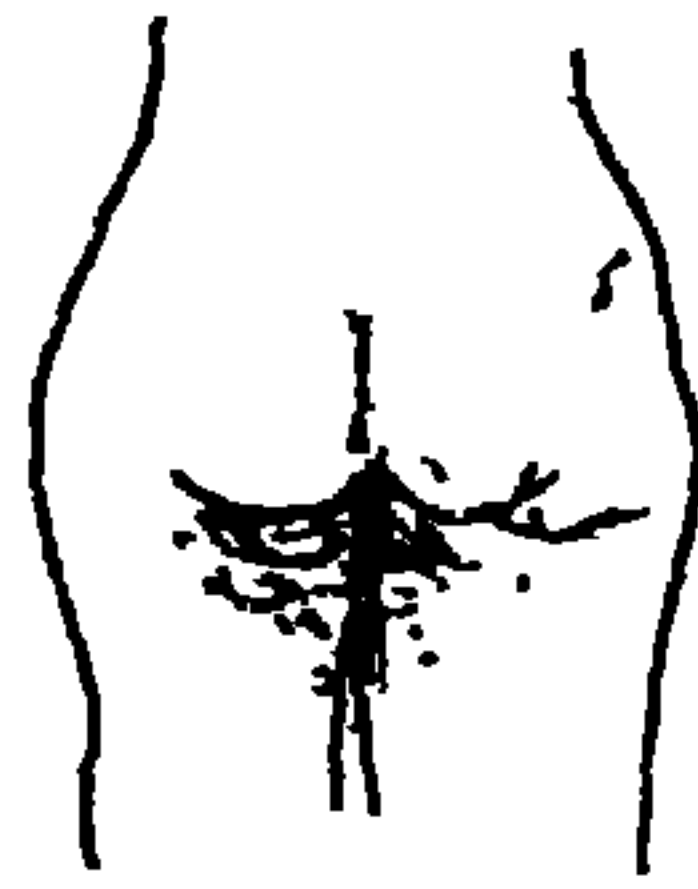
٣- العادية



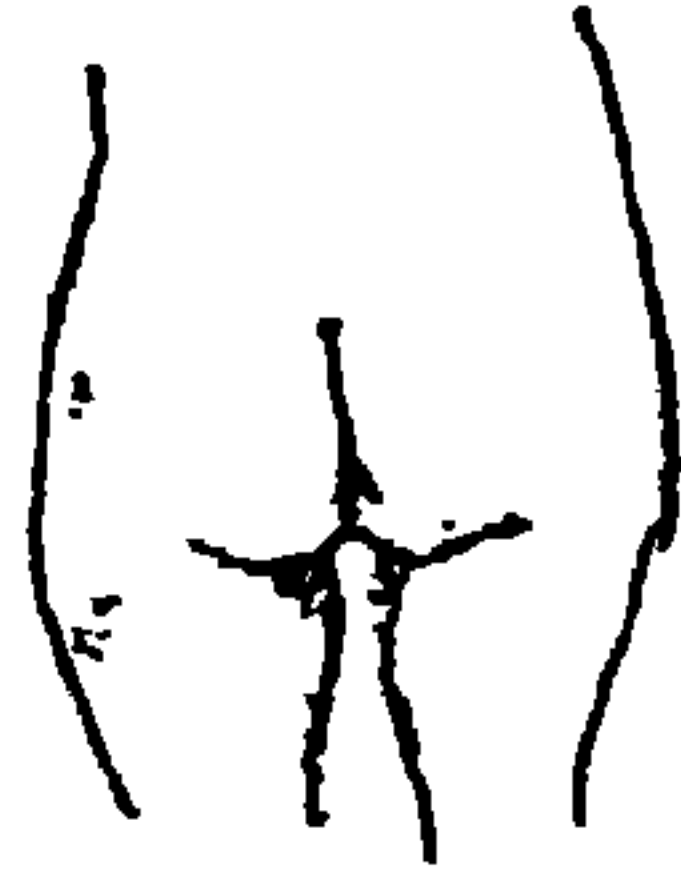
٤- المثيرة



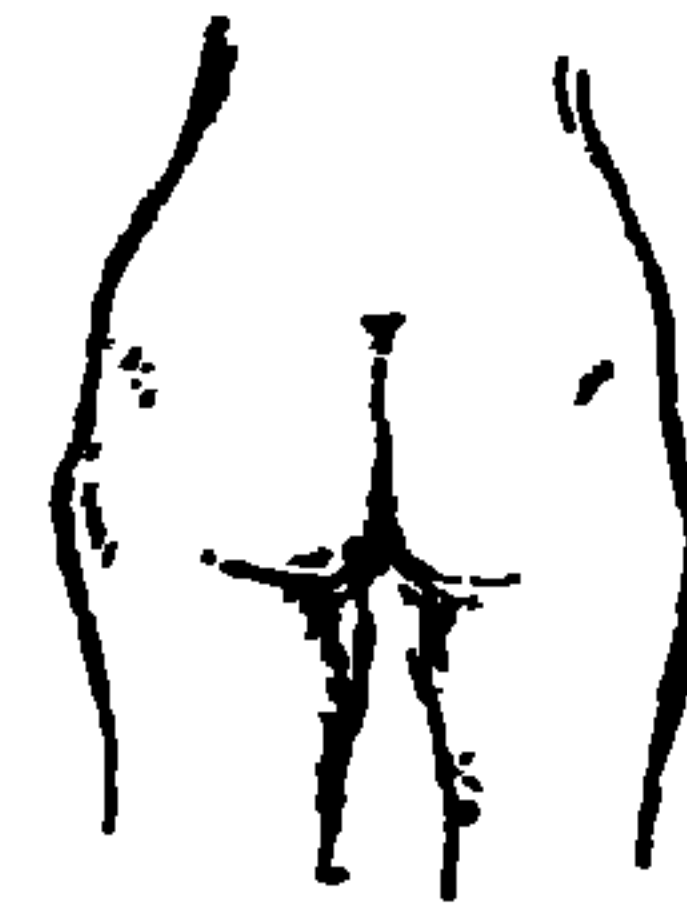
٢٥- الجميلة



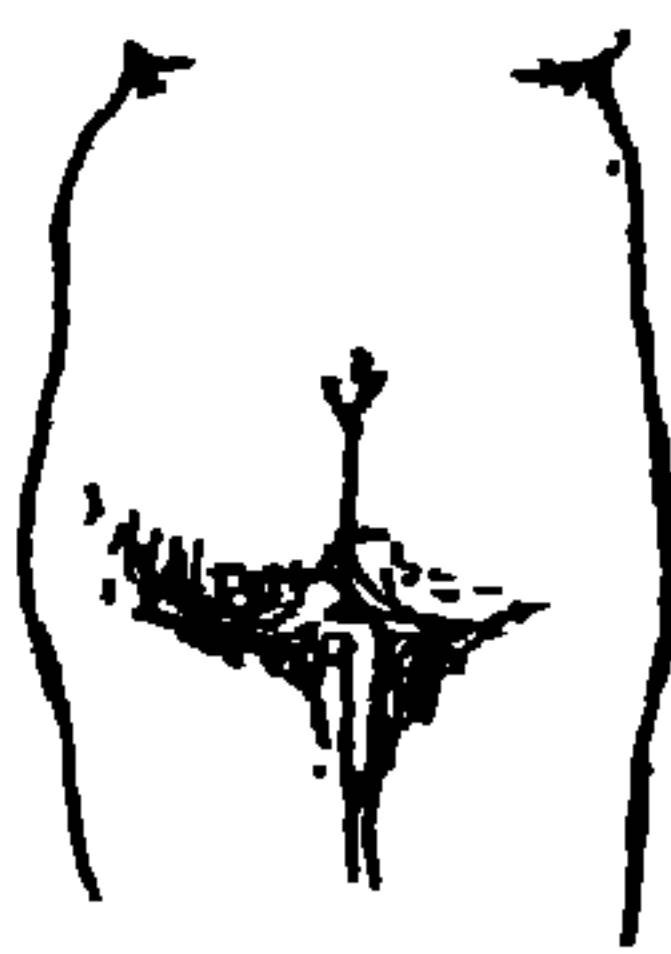
٦- المتحررة



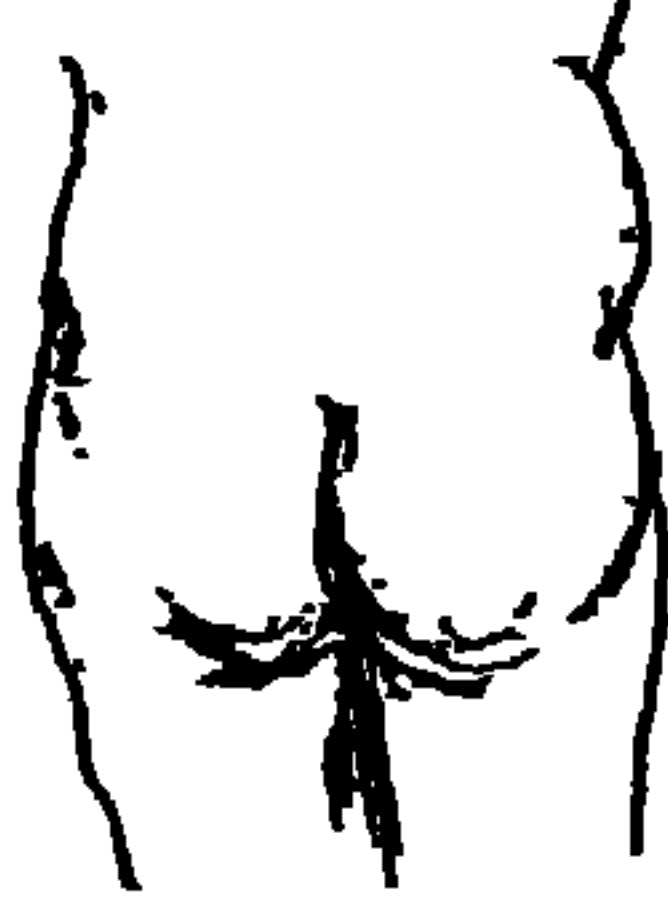
٧- القوية



٨- الكسولة



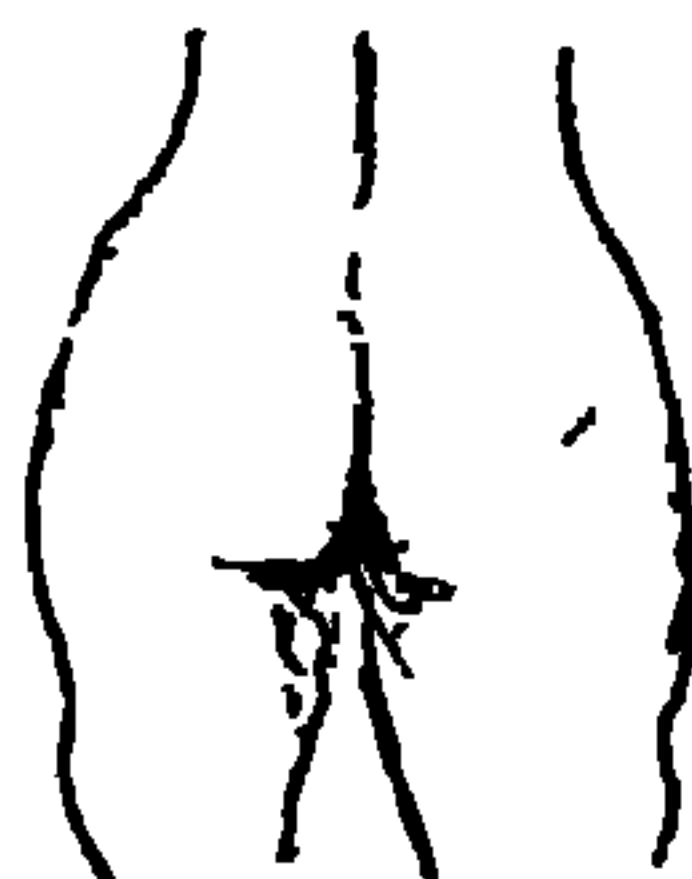
٩- مدمن الكحول



١٠- المنفرة



١١- المنبسطة



وكما نلاحظ فمن خلال التسميات نستطيع تحديد الشخصية المطابقة لها. ويرى هؤلاء الباحثون ان صغر حجم المؤخرة يكون دليلاً على الحيوية، النشاط وكذلك التعرض للضغوط النفسية. أما كبر حجم المؤخرة فهو دليل على الشخصية المتحررة والقليلة النشاط. أما المؤخرة المنبسطة فهي تعكس شخصية منفتحة على العلاقات الاجتماعية ومحبة لها (Extravertit).

ولعله من المفيد التأكيد في نهاية هذا الفصل على ان الشكل الخارجي للشخص يبقى مرآة تعكس توازنه النفسي والجسدي. فالامراض والاضطرابات الجسدية تخلف آثارها على المظهر الخارجي حتى بعد علاجها وشفائها. فمحوظ العينين يبقى بعد علاج اضطرابات الدرقية وايضا اضطرابات المشية (انظر الفصل الخامس) تبقى بعد علاج الاصابة العصبية وقس عليه. أما على الصعيد النفسي فان الحالة النفسية للشخص تنعكس على مظهره الخارجي من خلال تأثيرها في عضلاته. لذ تولد الانفعالات ما يسمى بالدروع العضلية (انظر الفصل الثاني).

الفصل الثاني

نظريات الشخصية

١- رأي المدرسة التحليلية الفرويدية.

٢- رأي ك. غ. يونغ.

٣- رأي السلوكيين الجدد.

٤- رأي الجيشتالت.

٥- الطب النفسي والشخصية.

إن تحديد الشخصية من خلال دراسة تفاصيل الوجه والجسد والمظهر الخارجي
اجمالا، اعتبر ولفترة قريبة نوعا من التجويم.

ولعل أولى الاتهامات التي وجهت لهذا الأسلوب، في تحديد الشخصية، هي
عدم مراعاته للتغيرات السلوكية التي يمكن أن تطرأ على الشخص في خضم حياته.
ولكن اعتماد هذه الطريقة على المبادئ البيولوجية والوراثية وكذلك الاحصاءات
الموسعة التي أجراها مؤيدو هذه النظرية أعطت ثمارها ونفعت الباحثين الى الأخذ
بها بعين الاعتبار كعامل مساعد في دراسة الشخصية.

والعلماء لا يزالون يختلفون في تحديد الطريقة المثالية التي تستطيع ان تعطينا
فكرة واضحة ومتكاملة عن الشخصية. فالمحللون النفسيون يرون ان الشخصية
الاساسية للانسان انما تحددها عقده الطفولية ونكوصاته الى المراحل الطفولية. في
حين ينطلق السلوكيون من مبدأ وجود حالات عقلية مختلفة لدى الشخص. وهذه
الحالات انما تتأثر بالعوامل الخارجية. وهكذا يخلص السلوكيون الى القول بأن
العوامل الخارجية التي يتعرض لها شخص ما، هي التي تقوم بتحديد معالم
شخصيته. وأخيرا فان للجيشتاين نظرتهم الخاصة للأمور. فهم يعتبرون بأن
الشخصية الحالية للانسان انما تتجم عن تداخل عدد من العوامل والآليات التي
سنذكرها في حينه.

واذا كنا في مجال الحديث عن هذه النظريات فالتنا سنعمدُ الى تفصيلها ونبدأ بـ:

١ - نظرية التحليل النفسي الفرويدي.

في البداية قسم فرويد الجهاز النفسي الى ثلاثة اجزاء هي: الوعي، ما قبل
الوعي واللاوعي. ولكنه ما لبث ان اعتمد تقسيماً آخر أقره نهائياً في العام ١٩٢٠.

ويقتضي التقسيم الجديد إعتبار الجهاز النفسي مرتكزاً على أركان ثلاثة هي: الأنا والهو والأنا الأعلى. ويشرح فرويد هذه الأركان على النحو التالي:

أ- الأنا: تمثل الشخصية الواعية. والأنا هي القطب الدفاعي للشخصية فالأنا تقوم بكبح نزوات الهو وتقلل من سيطرة الأنا الأعلى. وذلك بحيث تكون الأنا هي المسؤولة عن تولين الشخصية وممثلة للشخصية الواعية كما قلنا.

ب- الهو: تمثل الميول الخفية واللاوعية للشخص. والهو توجه بالخفاء سلوك الشخص وذلك مع بقائها لاراعية. والهو تحوي عامة مجموعة نزوات الشخص ورغبته للاجتماعية اللاواعية.

ج- الأنا الأعلى: وتقوم بدور مراقبة الميول البدائية لدى الشخص. وتتم هذه المراقبة انطلاقاً من المبادئ التربوية التي اعتمدها مربو الشخص في طفولته. والحقبة ان الأعلى تلعب دوراً ضاعطاً على ضمير الشخص. هذا الضغط الذي تتولى الأنا مهمة تخفيفه.

وهذا التقسيم كما رأينا يأخذ بعين الاعتبار تربية الشخص وميوله اللاواعية التي يرى فرويد بأن تحديدها يتم من خلال تحديد عاملين رئيسيين هما:

أ- مراحل النمو الجنسي.

ب- العقد الطفولية.

أ- مراحل النمو الجنسي.

يؤكد فرويد بأن للإنسان، ومنذ فترة طفولته الاولى، حياته الوجدانية والجنسية. وهو يعتبر بأن الصبغة الجنسية لا تنتفي عندما يعتمد الطفل في اشباع رغبته أعضاء غير تناسلية.

ويقسم فرويد مراحل تطور الحياة الجنسية لدى الطفل الى ثلاثة تعتمد كل منها على قطب^(١). وهذه المراحل هي:

١- المرحلة الفمية: وتمتد هذه المرحلة خلال ثلاثة او اربعة الشهر الاولى من حياة الانسان. وتتجلى هذه المرحلة بالرضاعة التي تؤمن للطفل النشوة. وهذه النشوة لا علاقة لها بثدي الأم او بكفاية الشبع التي تعقب الرضاعة. فالطفل يستطيع الحصول على هذه النشوة من خلال عضه او مصه للأشياء.

٢- المرحلة الشرجية: وتبدأ مع نهاية السنة الاولى في حياة الطفل. واللذة الشرجية للطفل تزداد بازدياد تدخل الام واصرارها على تعليم الطفل على التحكم في برازه. وهذه اللذة تتظاهر بطريقة متعارضة: (١) لذة تأخير البراز وبالتالي رقابة الآخرين (٢) لذة التبرز في المكان المناسب. هذا التبرز الذي يشكل هدية الطفل الاولى الى أمه. (فهو يرضيها بهذا التبرز).

٣- المرحلة التناسلية او النرجسية: وتشهد هذه المرحلة (تبدأ في حوالي الثلاث سنوات) الايروسية الذاتية (الكفاية الجنسية الذاتية). ففي حوالي الثلاث سنوات قد نلاحظ لدى الطفل أولى محاولات الاستمنا (القضيب او البظر). والفتاة في هذه المرحلة تبدأ بوعي عدم ملكيتها للقضيب مما يولد لديها قلق الخصاء (Angoisse de Castration). أما لدى الولد فان الخوف من الخصاء يكون ذا علاقة مباشرة بميوله الاوديبية^(٢).

١- يقصد بالقطب هنا تلك المنطقة من الجسم التي تستقطب اللذة في كل مرحلة من مراحل تطور الحياة

الجنسية. بل ان التحليل النفسي يسمي كل مرحلة من هذه المراحل نسبة الى قطبها.

٢- أي انها على علاقة بالعقدة الاوديبية - انظر الفقرة التالية.

وفي حالة حصول التثبيت^(٣) (Fixation) على واحدة من هذه المراحل فالتنا نلاحظ بأن هذه المرحلة تطبع سلوك الشخص وشخصيته. فإذا ما حصل التثبيت مثلاً في المرحلة القمية لاحظنا ان الشخص يعاني من الإحباط وقد يتحول الى الشره^(٤) النفسي (النهام) وإن نادراً. أما إذا طال التثبيت في المرحلة الشرجية فالتنا نرى الشخص مهووساً بالنظافة والترتيب والاعتناء بمظهره الخارجي ولعل السمة الأكثر بروزاً هي بحثه عن الكمال في كل ما يقوم به من أعمال.

وأخيراً فإذا ما طال التثبيت للمرحلة النرجسية فالتنا نلاحظ لدى الشخص الرغبة الجامحة في ان يكون محبوباً، هيمنة الانشغال بالذات على الاتهامك بالآخرين. وهذا التثبيت يطبع صاحبه بصفات الشخصية النرجسية (سنشرحها لاحقاً).

ب- العقد الطفولية.

إن العقدة النفسية هي عبارة عن مجموعة منتظمة من الميول المتحكمة في سلوك الشخص وتصرفاته. والعقدة لا تكون مطلقاً متشابهة لدى شخصين فلكل انسان نمطه الخاص بالتفكير وبالتالي طريقته الخاصة في الوصول الى العلاقات الفكرية الغريبة والشاذة (علاقات خطيرة)^(٥).

٣- التثبيت: وينجم عن التعلق اليبسدي المبالغ بالشخص معينين او بهومات وصور هوائية واعادة انتاج

اسلوب ما من اساليب الاشباع النزوي. وهو يمهّد طريق النكوص امام الشخص.

٤- الشره النفسي او النهام (Boulimie) وينظر له على انه اضطراب مزاجي وليس قناع الانبال الشره على تناول الطعام.

٥- العلاقة الخطرة هي عملية الربط غير المنطقي بين الأفكار او بينها وبين الاحداث.

والخاصية التي يمارس فيها كل شخص عقده لم تمنع فرويد من تبين الصفات المشتركة لأصحاب العقدة ذاتها. خالقاً بذلك نوعاً من الإرائية^(٦) النفسية. ويوزع فرويد العقد النفسية على النحو التالي:

١ - عقدة أوديب.

٢ - عقدة قابيل.

٣ - عقدة ديان.

١ - عقدة أوديب: يمكننا تلخيص عقدة أوديب على انها نتيجة لترايط شعورين لدى الطفل. يتمثل الاول منهما بحب الأم (الأب اذا كانت طفلة وعندها نتكلم عن عقدة الكترا). اما الثاني فيتمثل بالخضوع للأب (للأم في عقدة الكترا). وكثيراً ما يحصل ان يؤدي تثبيت الولد على أمه الى تفجير عدائته ضدها. والولد عندما يكره أباه (البنت أمها) فهو يظن ان والده يدرك هذه الكراهية. الامر الذي قد يدفع الطفل الى التثبيت السلبي في أبيه. ولعن أبلغ تلخيص لمظاهر الأوديبيية هو تقسيم شارل بودوان (Charles Baudouin) لها الى:

١ - عندما يحب الولد أمه (والبنت أباه) فهو يميل لأن يرى في والده بمثابة المنافس والعكس بالعكس.

٢ - حب الأم والخضوع للأب هو الاكثر انتشاراً لدى الاولاد الذكور. أما حب الاب والخضوع للأم فهو أكثر انتشاراً بين الفتيات (على ان الفتاة لكي تثبت حبها

٦ - اي ان فرويد قد جعل عقدة اوديب عالمية حين ادخلها في طوبوغرافية الجهاز النفسي. وقد عارضه في ذلك علماء كثيرون ممن اظهروا وجود العقدة في بعض المجتمعات.

على أبيها عليها أولاً أن تتحرر من أمها. هذا التحرر الذي لا يتم بسهولة ومن هنا القول بأن عقدة الكترا هي أصعب دراسة وتحليلاً من عقدة أوديب^(٧).

والحقيقة أن العقدة الأوديبية تلعب دوراً أساسياً في سلوك الشخص وفي تكوين شخصيته. فالرضوخ الأوديبى للأب غالباً ما ينتقل إلى بديل للأب (الأستاذ، الرئيس، رب العمل... الخ). كما نلاحظ أحياناً حالات التمرد الأوديبى الذي قد يمتد إلى العادات، القيم، الدين... الخ التي يخرج عليها المتمرد الأوديبى.

لما الكبت الأوديبى لحب الأم فهو يترافق مع الشعور بالذنب والشعور بالممنوع وهذه المشاعر قد تغطي على شخصية الأوديبى في أية علاقة حب يخوضها مستقبلاً. وأخيراً فإن التمرد الأوديبى - للرجسى، الذي رأيناه، قد يتحول إلى عدائية نحو الأم. وهذه العدائية قد تمتد وتعم على جميع النساء.

٢- عقدة قايبل^(٨): وتتخلص هذه العقدة بالغيرة التي تقوم بين الأخوة. هذه الغيرة التي تكون منبع خلافات ومعارك الأخوة للصغار. وهذه الغيرة تستمر كامنة عند البلوغ. ويعلق فرويد أهمية خاصة على طريقة استبدال هذه الغيرة بالعواطف الأخوية. ذلك أن حيثيات تطور المنافسة بين الأخوة (وتحولها إلى عدم تحولها إلى عواطف أخوية) هي المتحكمة بالسلوك الاجتماعي للشخص.

ويعلق العالم سوندي (Leopold Szondi) وهو أشهر تلامذة فرويد، أهمية قصوى على هذه العقدة فيرى أنها تمارس على الصعيد الاجتماعي مع الغرباء (غير

٧- تعطي الأم الشخصيات الرجسية لطفلها (تكرراً كان لم نشئ). وهذه الشخصيات هي التي تضمن للطفل استمرارية حياته. من هنا عودة بعض المحللين للكلام على المرحلة ما قبل الأوديبية. لذلك تجد البنات صعوبة تواجه ممارستها لعقد الكترا. لأن هذه الممارسة تقتضي منها الانفصال عن أمها.

٨- التسمية مشتقة من قصة قايبل قاتل أخيه هايبيل. وقد عاد المحلل سوندي إلى هذه العقدة في بناء نظريته حول التحليل النفسي للقر. حيث يعتبر أن كلاً منا يحمل في وراثته عناصر قايبلية وأخرى هايبيلية.

الأخوة) دون ضوابط عاطفية ودون مشاعر الذنب. ويؤكد هذا العالم في كتابه: قابيل - وجوه الشر (Caïn. les figures du mal) بأن المشاعر السلبية (يأس، حقد، غضب، حسد... الخ) تؤدي لتفجير العقدة القابلية مولدة لدى الشخص الرغبة في القتل. هذه الرغبة التي تعتبر بمنزلة تفجير العقدة القابلية حتى ولو بقيت الرغبة مجرد شعور ولم يتم تنفيذها^(٩).

٣- عقدة ديان (Diane): إن عدم قدرة الفتاة على تخطي عقدة الكترا (أوديب لدى الولد) يؤدي إلى اضطراب نضجها الجنسي ويتيح لرجسيتها هيمنة مطلقة. هذه النرجسية التي تتحول إلى نرجسية ثانوية. بحيث تبحث الفتاة عن شبيهة لها تصب عليها نرجسيتها. ويصعب على الفتاة في هذه الحالة التخلي عن حبها لأبيها (لأنها لم تتخط عقدة الكترا). وهذا الوضع يؤدي إلى عملية اجتياف^(١٠) ذات وجهين، فمن جهة تجتاف الفتاة صورة أبيها - فتتمثل دورها ووضعة نفسها مكانه) ومن جهة أخرى فإن عدم تخطيها لعقدة الكترا يجعلها لا تتطور جنسياً بشكل طبيعي مما يدفعها إلى رفض جنسها.

وهكذا يؤدي هذا الاجتياف بالفتاة لأن تلعب دور الصبي وهذا ما يسمى بـ "عقدة ديان" (العكس يحدث لدى الولد). وهكذا تميل الفتاة للعب مع الصبيان ولاحقاً تختار مهنة رجولية. وهذه الفتاة إما أن تضرب عن الزواج وإما أن تتزوج رجلاً تعتمد إلى تجريده من رجولته سواءً من طريق الاحتفاظ به دائماً قربها كتابع لها أو من خلال إحاطته بالرعاية المبالغ فيها.

٩- تتمحور الميول القابلية حول الأفكار العدائية التي تتضمن رغبات القتل والتدمير.

١٠- اجتياف (Introjection): عملية يقوم الشخص فيها بنقل موضوعات أو صفات خاصة بهذه

الموضوعات من الخارج إلى الداخل وفقاً لاسلوب هولمي.

وهذه العقدة المؤدية في النهاية للشذوذ الجنسي هي أكثر انتشاراً لدى الفتيات
نالك ان الشذوذ الأنثوي غير ذي طابع صدمي وهو يخلف أثراً نفسية وجسدية أقل من
نالك التي يخلفها الشذوذ الرجولي.

٤- الهو، الأنا، والأنا العليا (شرحناهما في الصفحات السابقة).

فرويد وأنماط الشخصية.

في إحدى مقالاته^(١١) يقسم فرويد أنماط الشخصية الى ستة هي التالية:

١- الشهواني ٤- الشهواني -الموسوس.

٢- النرجسي ٥- النرجسي - الموسوس

٣- الموسوس ٦- النرجسي - الشهواني.

(١) النمط الشهواني: حين يكون الليبيدو (الطاقة الجنسية) موجهاً نحو الجنس.
بحيث يمكننا ان نلخص اهتمامات هذا الشخص برغبته في أن يُحب ويُحب. وهذا
الشخص يعيش هاجس الخوف من فقدان محبة الآخرين له. مما يجعل من هذا
الإنسان متردداً، خائفاً من اتخاذ القرار، خاضعاً وتابعاً للأشخاص الذين يحبهم. ومما
تقدم نستنتج خضوع صاحب هذا النمط "لهو" أي لرغباته ولنزواته وانسياقه
وراءها.

(٢) النمط النرجسي: يرفض الخضوع للآخرين. تسيطر "الأنا" على تصرفاته
بحيث لا يعاني أي صراع بين أناه وأناه الأعلى. والهاجس الوحيد للنرجسي هو
الحفاظ على أناه ولهذا فهو غير خاضع أو تابع للآخرين.

١١- Freud. S: Veber Libidinöse Typen. in international Strchr. Für Psychanalyse.

والحقيقة أن للترجسي ميولاً عدوانية متطورة يمكن ان تنفجر في حال إحساسه بأي خطر أو خسارة تهدد أناه. وهو عن طريق هذه العدائية قوي الشخصية ويحسن فرض نفسه على الآخرين كما يحسن قيادتهم وأحياناً مساعدتهم. وكثيرة هي الحالات التي تتوجه فيها النرجسية نحو الانجازات الفنية والثقافية والشعر منها بشكل خاص.

٣) النمط الموسوس: ويتميز هذا النمط بسيطرة الأنا العليا. وهذا الشخص لا يخشى فقدان محبة الآخرين له (مثل الشهواني) ولكنه يخشى فقدان ضميره، قيمه وأخلاقه. وهكذا فإن هذا الشخص يعاني تبعية نحو ذاته ونحو أناه التي تخوض في حالة الموسوس صراعاً عنيفاً مع الأنا.

٤) النمط الشهواني - الموسوس: وهذا الشخص يخوض نوعين من الصراع في آن معاً. فهو يخوض صراعاً ناجماً عن تعارض أناه-العليا مع أناه. وصراعاً آخر بين الهو والأنا. وهكذا نلاحظ بأن الأنا في هذه الحالة تكون معرضة لأقصى الضغوط. ومثل هذا الشخص يتميز بتبعيته للأشخاص الذين يحبهم حالياً (ينسى الذين أحبهم قبلاً) وهو شديد الوفاء لأهله (ممثلي الأنا الأعلى).

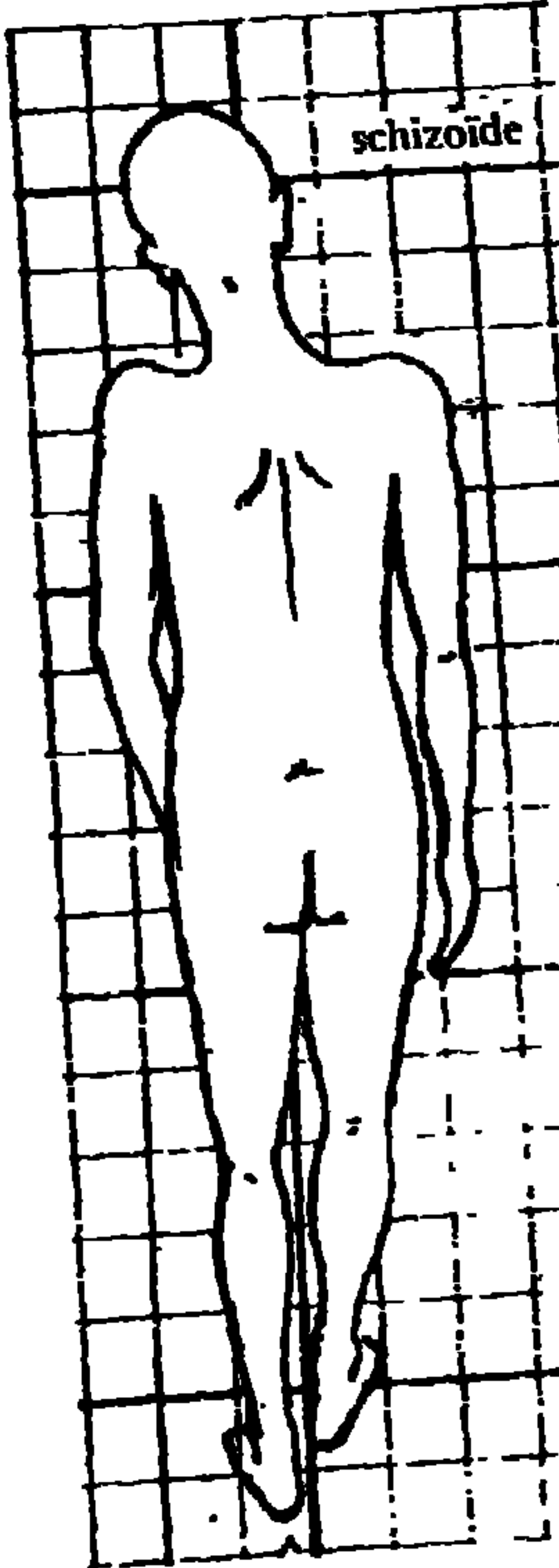
٥) النمط النرجسي - الموسوس: ويتميز هذا الشخص بنشاطه وبقدرته على حماية أناه من تأثيره أناه الأعلى (بسبب نرجسيته). ولدى هذا الشخص ميل لاختضاع الآخرين لأرائه ولمعتقداته الخاصة.

ولهذا النمط متغيرات عديدة وذلك حسب هيمنة النرجسية أو الوسواس وكذلك حسب المرحلة الطفولية التي ينكص إليها. وهذا النمط بمتغيراته هو الذي نصادفه عادة لدى المبدعين في مختلف الميادين الثقافية.

٦) النمط الترجسي - الشهواني: وهذا النمط يجمع خصائص كل من الترجسي والشهواني بحيث يحد كل من السلوكين الآخر. وهذا النمط هو الأكثر انتشاراً وفيه يكون الصراع بين هذا وأنا المرضية المتضخمة المميزة للترجسية.

وتولى أحد تلاميذ فرويد وهو فيلهالم رايبخ (Wilhelm Reich) مهمة الجمع بين اللاوعي الجسد فاعتبر ان الانفعالات تولد طاقة تعصيب تؤدي لزيادة نشاط العضلات وتشنجها. وفي حال استمرار هذه الزيادة فان العضلات المتشنجة تتحول الى دروع عضلية (Cuirasses musculaires). وجاء بعدها تلميذ لرايبخ يدعى الكسندر لوفان (Alexander Lowen) فقام بتحديد خمسة أنماط للشخصية الانسانية انطلاقاً من العلاقة التحليلية بشكل الجسد. وهذه الأنماط هي التالية:

١- النمط الفصامي (Schizoïde)



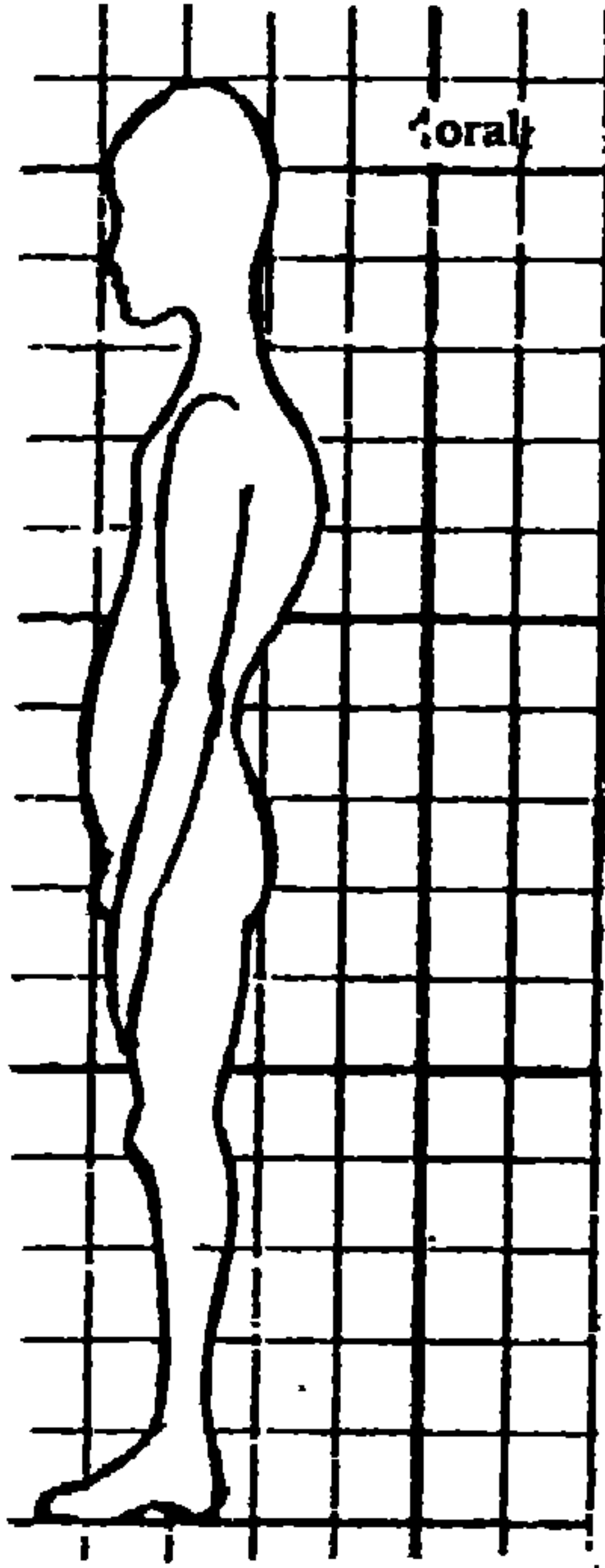
من الناحية الجسدية يتميز هذا النمط بعدم وحدة الجسد. وذلك بحيث تصادف غالباً مقطعاً جسدياً (Coupure) على مستوى الصدر وكذلك على مستوى الرقبة. مما يجعل الجسد فاقداً لتناسقه خاصة ان هناك تعارضاً لافتاً للنظر بين قسمي الجسد الأعلى والأسفل.

ذا النمط فهي متحجرة بحيث نلاحظ اتصاله بالعالم الخارجي (اليدان، الأعضاء الجنسية... الخ).

وهذا الانقسام الجسدي والحيوي ينعكس جلياً في شخصية صاحب هذا النمط فنلاحظ لديه ميلاً للاعتزال عن حقائق العالم الخارجي ويكمن خلف ذلك أنا واهية ووعي متكني للذات. ومن حيث سوابق صاحب هذا النمط فائناً

نجد بأنه شعر في طفولته بتخلي أمه عنه. هذا التخلي الذي جعله يشعر بأن بقاءه أصبح مهدداً^(١٢) وهو عرضة للانهيار^(١٣).

٢- النمط الفمي (oral)



من الوجهة الطاقوية الجسدية لهذا النمط هي دون المتوسط. أما الجسم فهو طويل ونحيل.

أما القسم الأسفل من الجسم فيتميز بنقص واضح في طاقته (لاحظ نحول الساقين والقسم الأسفل اجمالاً).

وصاحب هذا النمط يتنفس بشكل سطحي لأن التثبيت في المرحلة الفمية يؤدي إلى انقاص غريزة المص عنده. ولهذا فهذا النمط يمتاز بزيادة عدد مرات التنفس.

وصاحب هذا النمط لديه احساس بأنه يجب ان يُساعد كما نلاحظ لديه تقلبات مزاجية تتراوح بين النشوة والانهيار.

واذا ما أمعنا في سوابق الشخص لراينا أنه تعرض لقطاع مبكر. كما نلاحظ بأن نموه النفسي - العضوي (الكلمة الأولى - الخطوة الأولى... الخ) أتى أبكر من

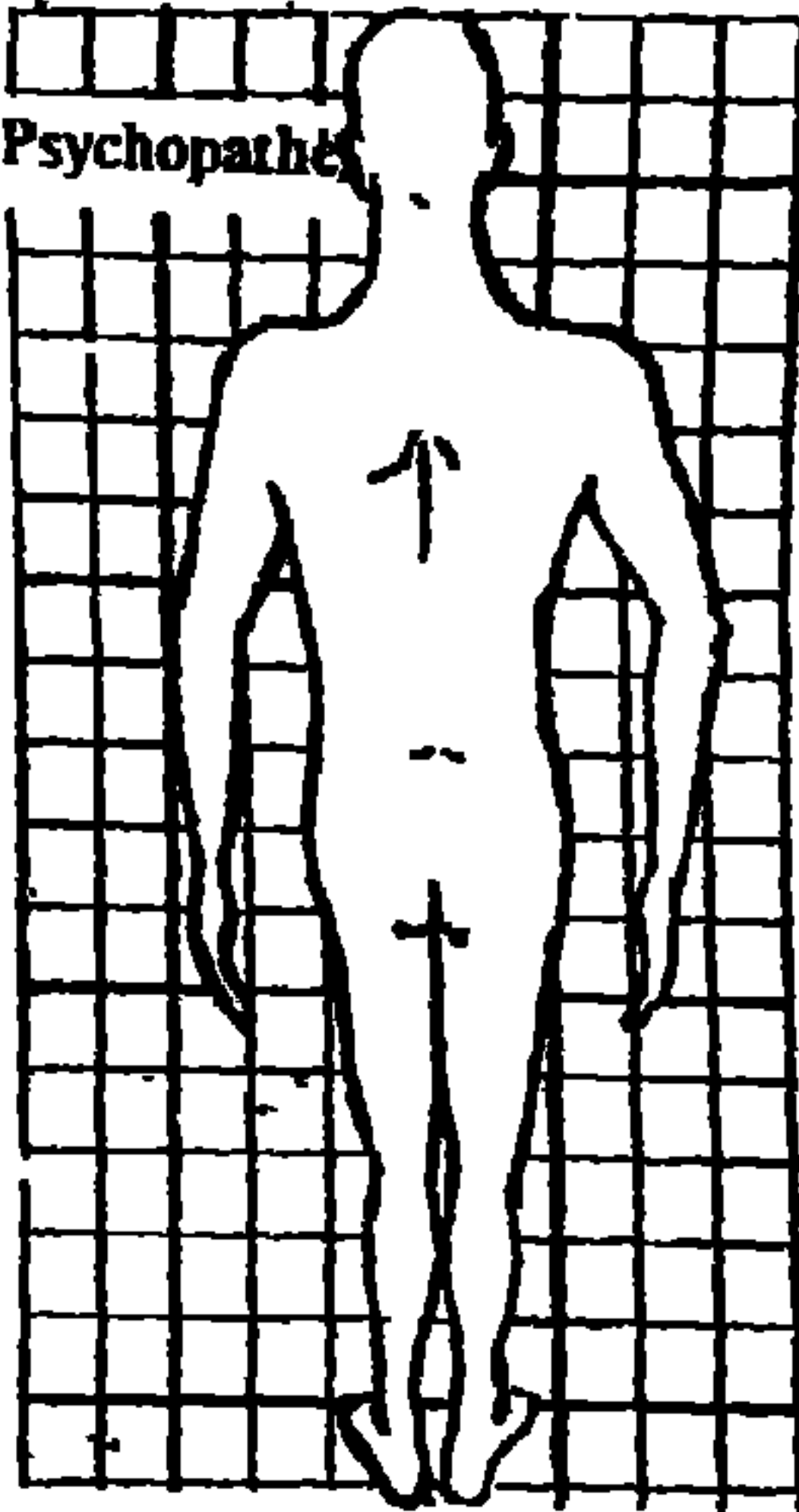
١٢- منذ الولادة تشكل الام وسيلة اتصال الطفل بالعالم الخارجي. لذا فهو ينظر لأمه على انها سبب بقاءه واساس هذا البقاء. ومن هنا اعتقاده بجبروتها وقدرتها الفائقة. فإذا ما احس الطفل بتخلي أمه عنه (تخلي فعلي أم لا) فإنه يشعر ان بقاءه بات مهدداً فيصاب بما يسميه المحللون بعصاب الهجر.

١٣- ان وضعية الهجر المشار لها اعلاه تشجع ظهور العلائم الانهيارية.

الطبيعي. لان في هذا تعويضا عن التثبيت القمي. وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالامراض التنفسية.

٣- النمط النفسي - المرضي (Psychopathe)

يمتاز هذا النمط بخصلة رئيسية تتمثل بأنكاره للانفعالات وتجاهله لها. وذلك لحساب توظيف مبالغ فيه للانا (الفرويدية). أما الصفة الثانية التي تميز هذا النمط فهي بعثه عن السلطة والسيطرة ايضا التحكم. ويقسم هذا النمط بدوره الى نوعين:



١- المتسلط: حيث نلاحظ تركيز طاقة الجسم في القسم الأعلى منه. بحيث تكون نظراته مخذرة وعيناه نصف مغمضتين وذلك كي يتمكن من رؤية الاشياء وفهمها.

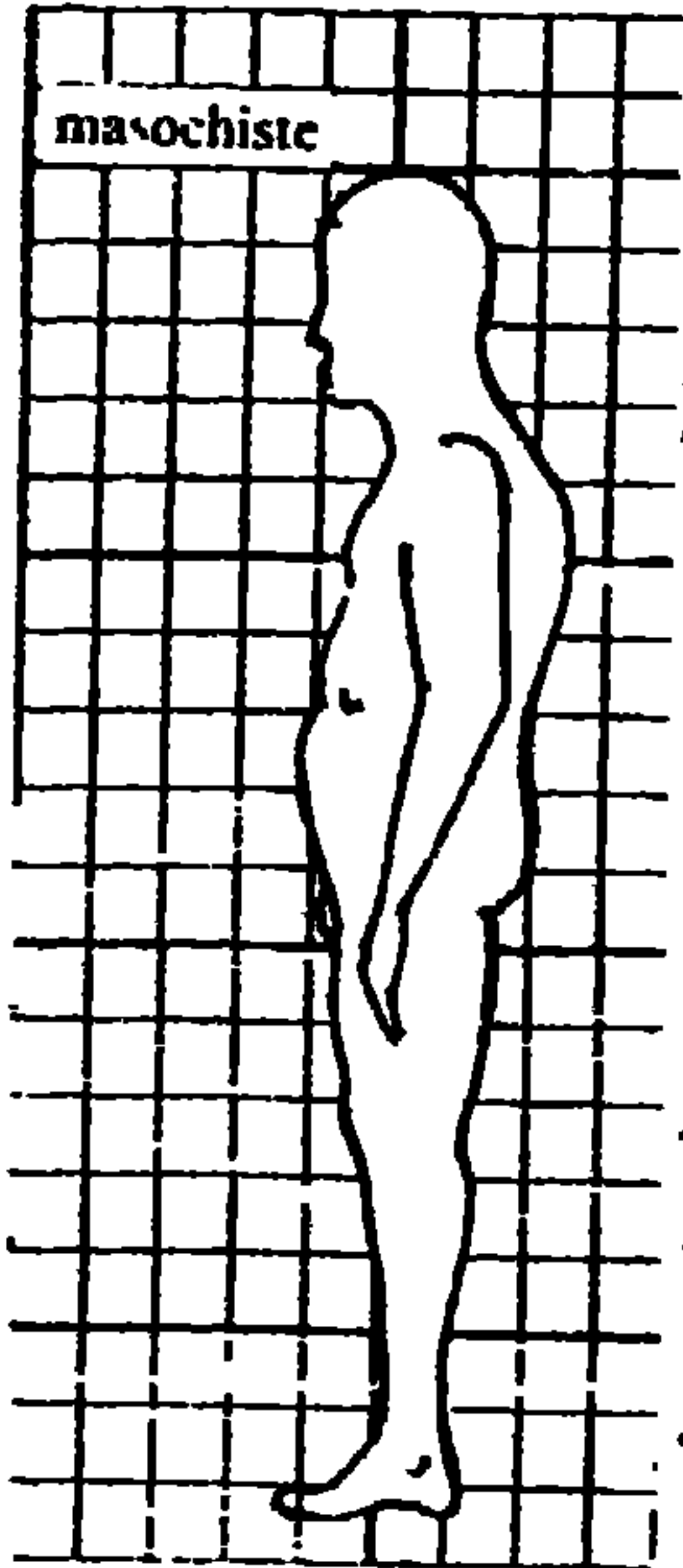
٢- الفاتن: وجسده يكون أكثر تناسقا. أما ظهره فيكون فائق للمرونة. أما مناطق العينين وقاعدة الجمجمة (أعلى الرقبة) فيمتازان بالتوتر الشديد.

ورفض صاحب هذا النمط الاعتراف بإنفعاله انما ينبع من رفضه لاعتراقه بحاجته للمساعدة. اذ ان لعبة الـ بـسيكوباتي (أي مضطرب الشخصية) تتلخص باعتباره بأن الناس هم الذين يحتاجون اليه وبالتالي فهو يجب ألا يعترف بحاجته اليهم.

وخلف هذه الشخصية نلاحظ سوابق نفسية من نوع الهجر والفتنة اللذين قام بهما أحد الوالدين (من الجنس المخالف لجنس صاحب النمط). وهذا النمط يكون عرضة للإصابة بالذبحة القلبية^(١٤).

٤ - النمط المازوشي (Masochiste)

هذا النمط يخص أولئك الناس الذين يتألمون، يتشكون، يتأوهون وينتحبون ولكنهم يظلون على خضوعهم لمسببات ألمهم وشكواهم.



ذلك أنه في داخل المازوشي احساس مكبوت بتفوقه وكذلك شعور عدائي. إلا أن عضلاته السمكة تصرفه عن المطالبة بحقوقه وتجعله مكتفياً بالشكوى والنواح وعضلات هذا الشخص تنخر بالطاقة ولكن ليس بالحيوية. لأن هذه الطاقة محجوزة بحيث لا يستطيع استخدامها وتفجيرها.

أما بالنسبة للسوابق النفسية لهذا الشخص فإننا نلاحظ سيطرة الأم وتضحيتها. في حين يكون الأب سلبياً وخاضعاً. بحيث يتركز اهتمام الطفل على إرضاء أمه (راجع الأم الأنانية في كتابنا ذكاء الجنين) وذلك من خلال تغذيته بشكل جيد وكذلك نظافته (التبرز في المكان المخصص) وبمعنى آخر فإن اهتمام الطفل يتركز على إرضاء أمه تلافياً لتفجيرها لأنانيته.

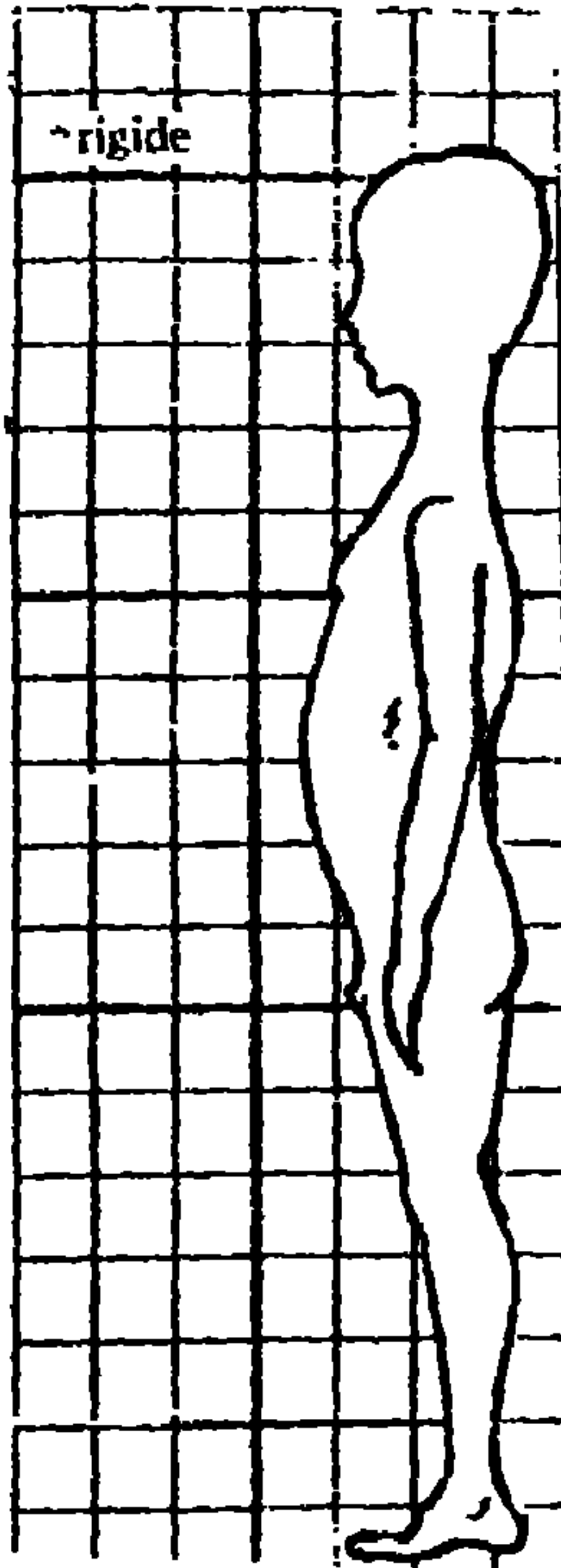
١٤ - تعتبر خصائص النمط الفتن قلبية، من ناحية التظاهر السلوكي، من علائم النمط السلوكي (أ) الذي يشجع على ظهور الإصابة بالأمراض الإسدائية - انظر رأي السلوكيين الجدد في هذا الفصل.

وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالاضطرابات الغددية والسكري بوجه خاص وأيضا بالقرحة^(١٥).

٥- النمط الصارم (Rigide)

يميل صاحب هذا النمط الى الوقوف مستقيماً ومتصلياً بفخر (فهو لا يخفي رأسه لا في الواقع ولا أمام العقبات). وهو يخاف التعديل من تصلبه خوفاً من وقوعه في الخضوع والاستسلام. ولدى هذا الشخص مخزوناً قوياً من الطاقة. هذا المخزون الذي يتيح له التعامل بواقعية مع العالم الخارجي (الآخرين، الأزمات... الخ) وبهذا فإن أنا هذا الشخص تنمو بشكل صحي وجيد. وهو يربط الحب بالجنس بما ينسجم مع واقعية نظره للعالم الخارجي.

والحقيقة ان توازن الأنا لدى هذا الشخص يحتم عليه الاعتماد عليها بشكل دائم. وهو اذا ما رغب بالحميمية فهو يسلك الى ذلك طرقاً غير مباشرة. وهو يشعر بجرح في كبريائه اذا ما تعرض للرفض الجنسي. أما من حيث السوابق النفسية لهذا الشخص فاننا غالباً ما نلاحظ تعرضه لتجربة الاحباط الجنسي. وهو بدوره عرضة للذبحة القلبية.



١٥ - للتعلق في هذا الموضوع انظر: محمد احمد النابلسي: الامراض النفسية وعلاجها، منشورات مدح

(١٩٨٧). حيث يشرح المؤلف هذه الحالات ويعرض للنمط السلوكي لمرضى الأمراض التالية:

الذبحة القلبية والقرحة والسكري والأمراض التنفسية والجلدية.

٢- رأي كارل غوستاف يونغ (C.G. Jung)

ينتمي يونغ الى مدرسة التحليل النفسي ولكن له آراؤه الخاصة المخالفة لفرويد. ومن حيث تقسيم الشخصية الى أنماط فإن يونغ يرى أنه بالإمكان اختصار عوامل الشخصية. ويرى في هذا الاختصار تقليلا من احتمالات الخطأ. وهكذا وضع يونغ تعريفا للشخصية انطلاقا من أحد أبعادها وهو التفاعل الاجتماعي. فهذا التفاعل في رأي يونغ هو المحرك الرئيسي المتحكم في سلوك الشخص. وبناء على هذه النظرة يقسم يونغ الشخصية الى:

١- المنفتح اجتماعيا أو (المنبسط (Extravertit): وهذا الشخص يدخل الحياة الاجتماعية ويقبل على الاختلاط بالناس.

٢- المنغلق اجتماعيا (Introvertit) وهو الهارب من الحياة الاجتماعية. والذي يفضل أن يعيش معاناته ذاتيا.

وفيما بعد تمت إضافة نمط ثالث الى هذين النمطين وهو بمثابة نمط وسيط لهذين النمطين. بحيث أن صاحب هذا النمط يكون مترواحا بين الانبساط والانغلاق الاجتماعيين.

والواقع ان سهولة هذا التقسيم كانت عاملا مهما في انتشاره واستعماله من قبل غالبية الباحثين. إلا أننا نلاحظ، في حال تعمقنا في بحث ودراسة الشخصية، القصور الواضح لهذا التقسيم.

٣- رأي السلوكيين الجدد:

يرفض هؤلاء أن يحددوا أنماطا شخصية. فهم يرون بأن الشخصية هي عرضة لتغيرات دائمة بسبب الأحداث والتجارب التي تمر فيها هذه الشخصية. وانطلاقا من هذا الرأي فإن هؤلاء لا يحددون نمطا شخصيا بل يحددون نمطا سلوكيا. والنمط السلوكي هو كناية عن نهج سلوكي معين. تدفع الى اتباعه مجموعة من الأحداث

والتجارب والعوامل النفسية. بحيث اننا لو عرضنا مجموعة من الأشخاص (مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف لراينا أنهم يقومون باتباع هذا النمط. وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية اخرى.

ولقد استطاع العالم روزنمان (أثناء بحثه عن التصرفات وعن أنماط الشخصية المشجعة للأصابة بالذبحة القلبية) أن يعرف نمطين سلوكيين هما اليوم أشهر الأنماط السلوكية وأكثرها استعمالاً في مجال البسيكوسوماتيك^(١٦)

أ- النمط السلوكي (أ) ويرمز له بـ S.C.T.A

وهذا النمط هو عبارة عن علاقة بين الفعل والانفعال. هذه العلاقة التي نلاحظها لدى بعض الأشخاص الذين يخوضون صراعا دائما بهدف الحصول، وبأقل وقت ممكن، على عدد معين من الأشياء والاهداف. وهذا النمط يختلف تماما عن حالات القلق العادية حيث يطلب القلق النصيح حتى في الامور البسيطة، في حين أن متبع النمط (أ) قد يظهر الوداعة أمام العقائل التي تعرض له لكنه لا يتراجع أمامها. وفي سبيل فهم أوضح للنمط السلوكي (أ) فاننا سنقوم فيما يلي بعرض صفاته وهذه الصفات هي:

- ١- منظم، مرتب، يتعامل ويتفاعل مع محيطه بشكل جيد.
- ٢- متحكم في ذاته، واثق منها ومن جدارته، وهو مستعد لأن يعمل وحيدا اذا اقتضت تلك الظروف. لانه لا يتراجع عن اهدافه.
- ٣- عدائي يمارس عدائيته في مختلف المجالات. وتتراوح عدائيته بين الحادة والمريضة. واحد مظاهر عدائيته يتجلى في رغبته الشديدة بالمنافسة.

١٦ - للتعمق في هذا الموضوع انظر: محمد أحمد النابلسي: امراض القلب النفسية، منشورات الرسالة -

٤- صاحب طموح، متعدد الأهداف. أو غير محدود الأهداف. مما يجعله دائماً متشنجاً لا يقوى على الاسترخاء. فهو إذا ما حقق هدفاً ما، لا يترك لنفسه فرصة للراحة، وإنما تراه يخلق هدفاً جديداً ويبدأ من جديد بالركض نحوه.

٥- يدرك مفهوم الوقت ويعي مروره لذلك فهو لا يريد مروره دون أن يحقق شيئاً ولذلك نراه دائماً نافذ الصبر وعديمه ومستعجلاً من أجل تحقيق أهدافه.

٦- يظهر الوداعة أمام العراقيين التي تعترض طموحه. ولكنه لا يتراجع أمامها.

٧- يرفض الهزيمة ولا يعترف بها ويقوم بمحاولة جديدة.

٨- يهمل تعبته ويقلل من شأن آلامه. ويرفض فكرة إصابته بالمرض. وإذا ما حذرته سخر منك في أعماله.

٩- ان اعتماده الزائد على نفسه بالإضافة الى عدائيته، يجعلانه ميالاً للسيطرة وخاصة إذا كان من شأن هذه السيطرة ان تساعد على التخلص من العقبات التي تواجهه أثناء عمله لتحقيق أهدافه.

ب- النمط السلوكي (ب): وهو على عكس الأول.

٤- نظرية الجيشتالت (Gesthalt)

يرى متبعو هذه النظرية بأن الجهاز النفسي للشخص يملك عدداً من عوامل الدفاع ووسائله. والشخص يستعمل هذه الوسائل لدى إحساسه بوجود عوامل الضغط النفسي التي تمارس تأثيرها عليه بحيث تهدد توازنه النفسي. والحقيقة أن لكل شخص ميلاً خاصاً لاستعمال عامل دفاع معين دون غيره. وهذا الميل ينبع من أسباب عديدة كالتربية، البيئة، الوراثة والقدرات الشخصية. وفي النتيجة نستطيع

القول بإمكانية تقسيم الشخصية وفقا لاسلوب او عامل الدفاع الذي تستعمله في درء القلق والاضطراب النفسي عنها.

وعوامل الدفاع التي يحددها الجيشتالتيون هي التالية:

١- التهام (confluence): ويتجلى هذا العامل الدفاعي من خلال محاولة التلاقي والاتفاق مع كل الناس. وذلك رغبة من الشخص في عدم التعرض لمواقف المجابهة سواء مع الآخرين او مع مشاكله.

والاستعمال المبالغ فيه لهذا العامل الدفاعي يضيف على الشخصية صفة الخضوع والاستسلام والضعف.

٢- التهرب والانحراف عن المشكلة (Déflexion): وآلية هذا الدفاع تكمن في الهرب من مواجهة المشاكل. والحديث عن أي شيء الا عن حل هذه المشاكل. والاعتماد على هذا العامل الدفاعي، بشكل مبالغ فيه، يضيف على الشخصية صفة الهروبية وقلة الثقة بالنفس. وهؤلاء يتحولون بسهولة الى مدمنين (تنخين، كحول... الخ).

٣- عكس المشاكل نحو الداخل (Rétroflexion): وآلية هذا الدفاع تتلخص في تحويل طاقات الشخص العاطفية نحو ذاته (وهذا ما يسميه المحللون بتدمير الذات). فهو عوضا عن التصدي لحل مشاكله فانه يقوم بثورة على ذاته. وهذا مثال معادل لما يسميه روزنمان بالنمط السلوكي (أ). وآلية الدفاع هذه تدفع الى الاصابة بالامراض النفسية - الجسدية على اختلاف أنواعها (نبحة صدرية، ربو، سل، حكاك عصبي... الخ).

والحقيقة أن الاعتماد على هذه الآلية الدفاعية بشكل أساسي يجعل من الشخص انسانا ثائرا لا يرضيه الواقع ولا يقنعه.

٤ - الاستدخال (Interiorisation): وتتمثل آلية الدفاع هذه ببعض العناصر النفسية غير المهضومة من قبل الشخصية (لا تتسجم معها) والمترسبة من خلال التربية أو الدين أو... الخ (الأنا الأعلى كما يسميها التحليل النفسي). وهذه العناصر تمارس تأثيراً هاماً في الشخصية سواء من ناحية المواقف أو من ناحية التصرفات. والإعتماد الزائد على هذه الآلية الدفاعية يضيف على الشخصية طابع الاستسلام للقضاء والقدر وكذلك فهو يضيف طابع اليأس على هذه الشخصية.

٥ - الإسقاط (Projection): والإسقاط هنا له نفس معناه في التحليل النفسي. ففي كلتا الحالتين يعني الإسقاط أن يقوم الشخص بإضفاء أحاسيسه، مواقفه وطباعه النفسية على الآخرين. ومثل هذا الشخص ينتظر أن يأتيه الآخرون بالحلول لمشاكله. فإذا لم يحصل ذلك فإن هذا الشخص يقوم بإضفاء كافة صفاته الحسنة على الآخرين بحيث يفقد حتى الحد الأدنى من الثقة بالنفس. مما يدفع بهذا الشخص نحو الانهيار وأحياناً إلى الانتحار. وتتميز هذه الشخصية صفة عدم الاستقرار النفسي.

مما تقدم نلاحظ بأن هيمنة أي من العوامل الدفاعية تؤدي إلى اضطراب الشخصية أو على الأقل اضطراب السلوك. والحقيقة أن الواقع العملي يثبتنا بأن الإنسان يستعمل عدداً من هذه الآليات الدفاعية دفعة واحدة. كما تبين لنا التجربة بأن الشخص نفسه يستعمل آلية دفاع معينة في المشاكل البسيطة ولكنه في المشاكل الصعبة يستعمل آليات دفاع أخرى.

وعلى أية حال فإن عملية حسابية بسيطة تخبرنا بأن هذه الآليات الخمس تستطيع أن تولف ٢٠٦ أنماط سلوكية^(١٧) وفي النهاية لا بد لنا من الإشارة إلى أن العلاج الجيشتالتي لا يزال يخطو خطواته الأولى. وبهذا فهو قابل للتطوير وخاصة

١٧ - النمط السلوكي (Schema comportamental) هو أسلوب تصرف في مواجهة المشاكل الحياتية التي تعرض للشخص. وهو ليس نمطاً من أنماط الشخصية. إذ يمكن لأشخاص ذوي أنماط مختلفة للشخصية أن يتبنوا ولن يتبنوا نمطاً سلوكياً واحداً.

بعد ما تخلى القائمون عليه عن معاداتهم للتحليل النفسي وياتوا يعملون من منطلق أن أحد هذين العلاجين يتم الآخر^(١٨).

٥- الطب النفسي والشخصية:

تشارك العوامل المكونة للشخصية (ذاكرة، انتباه، تفاعل، تعاطف، فكر... الخ) في تحديد سلوك الشخص. هذا السلوك الذي يؤكد الطب النفسي على فصله عن الشخصية. ذلك أن للشخصية الواحدة عدة أوجه من السلوك. وكما رأينا لدى تعريفنا للنمط السلوكي. فإنه يتغير بتغيير الوضع النفسي للشخص. والسلوك في رأي الطب النفسي هو عبارة عن مجموعة من التصرفات التي يقوم بها الفرد في محاولة للتكيف مع الضغوطات الخارجية التي يتعرض لها. فإذا ما زالت هذه الظروف أو إذا ما ازدادت حدتها فإن الشخص يغير سلوكه (طبعاً دون أن تتغير شخصيته أو بنيته النفسية).

وخلاصة القول أن الطب النفسي يعتبر أن الملكات العقلية هي العوامل المكونة للشخصية. ومنخصص الفصل التالي لعرض هذه العوامل.

والطب النفسي كما هو معروف يختص بدراسة اضطرابات السلوك والشخصية لدى المرضى النفسيين. إذ أن هذه الاضطرابات هي أولى مظاهر المرض النفسي. ونوعية الاضطراب السلوكي، لدى مريض ما، هي التي توجه الطبيب النفسي في وضعه لتشخيص الحالة. وذلك بمساعدة عدد من العلائم العيادية (الإيماءات، الحركات وطريقة ومحتوى الكلام... الخ) وعدد من الفحوصات (تخطيط دماغ، فحص العين، الاختبارات النفسية... الخ). وعليه فإن الطب النفسي يحدد نوعين من اضطرابات الشخصية.

١٨ - هذا ما يؤكد الباحث فريدريك برلز (F. Perls) الذي تنتقل بالنظرية الجيشتالتية من الميدان النظري إلى الميدان العلاجي. للتعمق انظر كتاب برلز: F: Ma Gesthaltotherapie Perls.

١- الاضطرابات النفسية الدنيا.

٢- الاضطرابات النفسية العظمى.

١- الاضطرابات النفسية الدنيا: يتميز هذا المريض بالاحتفاظ بقدرته على التحليل المنطقي في الأمور المتعلقة بشخصه وعلاقاته الاجتماعية. وهذا النوع من الاضطرابات يضم: (١) الهستيريا (٢) الخوف من الوقوع في المرض (المراق) (٣) صعوبات التكيف مع المحيط (٤) صعوبة التلاؤم مع متطلبات الحياة (نقص القدرة على التجريد وانخفاض القدرة على الاستنتاج).

٢- الاضطرابات النفسية العظيمة: ويمتاز هذا المريض بفقدان القدرة على التحليل المنطقي فيما يتعلق بشخصه او بعلاقاته الاجتماعية. ومثل هذه الاضطرابات تصادف في الأمراض التالية: (١) القصور العقلي (Oligophrénie)، (٢) فصام الشخصية، (٣) الهلوسة، (٤) ذهان الهلوسة الانهياري، (٥) الكآبة، (٦) الذهان المتأني من أسباب خارجية- داخلية، (٧) الخرف... و (٨) الذهانات على أنواعها.

على ان نعرفنا الى رأي الطب النفسي في الشخصية يقتضي التعرف الى النقاط التالية:

١- تعريف الشخصية الطبيعية (من وجهة نظر الطب النفسي).

٢- نظريات نمو الشخصية.

٣- اضطرابات نمو الشخصية.

٤- الشخصية المرضية والاضطرابات العقلية.

٥- تصنيف اضطرابات الشخصية.

١- تعريف الشخصية الطبيعية:

ينظر الطب النفسي الى الشخصية على أنها تلك التنظيم الديناميكي المستقر لمختلف عوامل الشخصية. مثل العوامل الانفعالية والذهنية والتعبيرية والبيولوجية والشكلية والتاريخية الحياتية والوراثية وأخيراً العوامل الذاتية، ومن الطبيعي أن تختلف هذه العوامل من شخص لآخر تماماً كما تختلف بصمات أصابعهم. من هذا الاختلاف ينشأ تنظيم الشخصية الديناميكي الخاص بكل شخص على حدة. مما يتيح لكل شخصية اثبات تمايزها وذاتيتها اللذين يفرقانه عن باقي الشخصيات. وذلك سواء من حيث طريقة التفكير والكلام او من حيث التصرف والسلوك او من حيث الحب والألم او أخيراً من حيث تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين ومستوى تواصلها الانساني.

ولكل شخصية خطوطها ومعالمها الرئيسية التي تحدد مدى التوازن الداخلي لصاحبها. وهذه المعالم هي التي تحدد خصائص الشخصية ونقاط ضعفها وقوتها وايضا مدى مرونتها وقدرتها على التكيف. وهنا يجب التذكير أن هذه المعالم هي من الكثرة بحيث يصعب تحديدها والاطلاع عليها كافة. اذ يمكننا القول ان الكرم والبخل، الكمال والإهمال، اللامبالاة والانفعال... الخ. كلها صفات لا يمكننا اعتبارها مرضية ما لم تؤد الى اضطراب في تنظيم الشخصية يؤدي بدوره الى خلل تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين وخلل في مرونة الشخص وإمكانيات تكيفه وأخيراً إلى خلل في تقبل الشخص لذاته وحفاظه على توازنه الداخلي.

من خلال هذا العرض نستطيع أن نتفهم استحالة الوصول الى رسم معالم الشخصية الطبيعية الصالحة للاستخدام كمعيار لتقييم الشخصيات المرضية. وبناء عليه علينا أن نعلم بأن القول بمرض شخصية ما هو قول يستند الى إقامة هذه

الشخصية لعلاقات وروابط انفعالية- عاطفية من شأنها أن تتسبب بإحداث الألم المعنوي، وربما المادي، للشخص و/أو لمحيطه.

ولهذا التعريف أهميته القصوى التي توجب التقيد به. فمن خلال تعرفنا على خصائص الشخصية المرضية، من خلال هذا الفصل، فإننا سنلاحظ أن في شخصياتنا بعضاً من هذه الخصائص ليست كافية لاتهام الشخصية بالمرض ما دامت قادرة على تجنب إحداث الألم المعنوي أو المادي لنفسها أو لمحيطها. ومن الأهمية بمكان أن نعرف بأن الخصائص نفسها يمكنها أن تكون مرضية في أوضاع معينة وصحية في أوضاع أخرى. فالجراح الذي يجري جراحات دقيقة عليه أن يكون كامل الدقة وباحثاً عن الكمال ومدققاً بكل ما حوله. وكلما زادت دقته ورغبته في الكمال كان نجاحه أكبر وذلك دون أن يحق لأحد اعتباره صاحب شخصية وسواسية مع أنه يملك علائقها.

وفي نهاية حديثنا عن الشخصية الطبيعية لا بد لنا من الإشارة إلى الأوضاع الخاصة حيث يؤدي اتصال شخصيتين مرضيتين إلى نشوء علاقة ثنائية من شأنها تسهيل تكيف كلتا الشخصيتين كأن يتصل صاحب الميول المازوشية بآخر لديه ميول سادية.

وفي العيادة النفسية كثيراً ما نلاحظ تفجر الأزمات والمظاهر العصابية لدى زوجين يملكان ميولاً نفسية غير قابلة للتعايش ولكن دون أن يكونا من مضطربي الشخصية. فزواج ميول وسواسية مع ميول رهابية أو ميول عظامية مع ميول هيسثيرية... الخ هو زواج من شأنه أن يغذي هذه الميول ويدفعها للتبدي بشكل عصابي.

ولعل العالم سوندي^(١٩) هو أفضل من درس هذه المواضيع، من خلال اختبار^(٢٠) اذ قام بتمييز الفئات التالية للميول.

المحور	العامل	الميل المرضي
S: Sexuel ج: الجنس	H ش	١- الشاذ Homosexuel
	S س	٢- السدي Sadique
P: Paroxitique ع: عشوائي	E ص	٣- الصرعي Epileptique
	Hy هـ	٤- الهستيرى Hysterique
Sch: chizophrénique ف: فصامي	K خ	٥- التخشبى Catatonique
	P عظ	٦- العظامى Paranoide
C: Cyclothymique د: دوري	D أ	٧- الاتهيارى Depressiv
	M هو	٨- الهوسى Maniac

٢- نظريات نمو الشخصية:

تختلف آراء العلماء حول موضوع نمو الشخصية ومراحل هذا النمو. وذلك باختلاف المدارس والمنطلقات النظرية لهؤلاء العلماء، وفيما يلي عرض لأهم الآراء، في هذا المجال.

١٩ - مقابلة مع سوندي في مجلة الثقافة النفسية، العدد ٤ المجلد ١، ١٩٩٠

٢٠ - اسقاط الشخصية في اختبار سوندي - سلسلة الاختبارات النفسية - منشورات مدن

(أ) المدرسة الإدراكية^(٢١)

ترتكز هذه المدرسة على مبدأ دراسة النمو الإدراكي للشخص. وتحديدًا فإنها تركز على دراستها للوظائف الإدراكية المؤدية إلى الوعي والمعرفة والقدرات الذهنية على وجه العموم.

من طرفه يطرح بياجيه، مؤسس هذه المدرسة، الرأي القائل إن الذكاء هو بمنزلة وظيفة تساعد الجسم على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه. شأن الذكاء في ذلك شأن سائر الوظائف الحيوية. ويؤكد هذا العالم أن اتصال الشخص بمحيطه هو اتصال خاضع لعمليتين ذهنتين أساسيتين هما:

١- الملاءمة Accomodation

وهي انعكاس للتكيف الداخلي تبعاً للظروف الخارجية (المحيط). وفي هذا المجال فإن تجارب الشخص وتنوعها يجعلانه مالكا لأسلوبه الخاص في التكيف. هذا الأسلوب الذي يمايز بين الشخصيات ويفرق بينها.

٢- الاستيعاب Assimilation

وهو امكانية الشخص وقدرته على تفهم الحقائق الخارجية بمختلف وجوهها وهذا الفهم إنما يتم اعتماداً على أنماط فهم سابقة ومشابهة للحقائق الخارجية. وعن طريق الاستيعاب يستطيع الشخص تعميم تجاربه وتطوير قدرته على التكيف وعلى فهم الحقائق. هذا ويؤكد بياجيه على التلازم المستمر بين الأفعال الحركية والأفعال الذهنية (الأفكار). فهو يعتبر أن الارتكاسات هي أفعال بدائية وأن الأفعال الحركية

٢١- شهدت هذه النظرية تطورات وتحديثات كثيرة انظر كتاب ذكاء الطفل المدرسي سلسلة علم عصر

الطفل د. محمد أحمد النابلسي، دار النهضة العربية ١٩٨٨

تسمح بإحداث تغييرات في المحيط. أما الأفعال الذهنية فتتميز بكونها مستدخلة وقابلة للتغيير. وهكذا يقسم بياجيه نمو الشخصية الى مراحل هي التالية:

١- المرحلة الحسية - الحركية.

٢- مرحلة ما قبل الفعل.

٣- مرحلة الفعل.

٤- المرحلة العملياتية.

(ب) نظريات التعلم:

وتتبع هذه النظريات من علم النفس التطبيقي والسلوكي. وهي تدرس علاقة الشخص بمحيطه من خلال تحليلها لآليات التعلم. التي تعتمد أساساً على قدرة الشخص على التلاؤم والتكيف. ولقد حدد بافلوف ما يسمى بتلاؤم الاستجابة كما حدد سكاينر التلاؤم العملي من طريق التدعيم والتكرار.

الى هذه الاسس تستند بعض نظريات الشخصية التي تعتبر العادة بمنزلة العنصر الأساسي للشخصية. وفي رأيها أن العادة هي الرابط الحقيقي بين الإثارة وردة الفعل عليها. وهكذا فإن الشخصية في نظر هؤلاء هي عبارة عن مجموعة كبيرة من العادات المكتسبة أثناء نمو الشخصية. وهذه العادات ما هي إلا حصيلة آليات التعلم المعتمدة على العمليات الأولية والعمليات الثانوية. ولا تهمل هذه النظريات تأثير فترة الطفولة والعوامل الاجتماعية - الثقافية في تكوين الشخصية.

(ج) المدرسة التحليلية:

اعتمد فرويد على المظاهر المزاجية- العلائقية للشخصية وبنى نظريته على أساسها.

(راجع رأي المدرسة التحليلية في هذا الفصل).

٣- اضطرابات نمو الشخصية:

يختلف تصنيف هذه الاضطرابات باختلاف المدارس. لذلك فإننا نورده من الوجهة العيادية التجريبية حيث نلاحظ:

(أ) الاضطرابات العابرة أثناء تطور الشخصية: وهي اضطرابات تنعكس في سلوك الشخص وتصرفاته، وهي تعود الى سوء تنظيم الجهاز النفسي في مرحلة ما قبل الـ ١٨ عاماً. وتشخص هذه الاضطرابات بالسلوكية. وهي تتبدى في فترات متقطعة ويمكننا تشخيصها من خلال استعراضنا لتاريخ طفولة المريض ومراقبته. حيث نجد في هذا التاريخ مسببات الاضطرابات التي أعاققت تطور الشخصية بشكل جزئي.

(ب) اضطرابات طريقة تنظيم الشخصية (الشخصية المرضية): وتتووع هذه الاضطرابات تنوعاً كبيراً لتضم طائفة كبيرة من اضطرابات نمو الشخصية. وتحديد الشخصيات المرضية (البسيكوباتية). هذه الشخصيات التي تعاني اضطرابات كمية او نوعية على الصعيد المزاجي - العاطفي أو على الصعيد الغريزي. وتترسخ هذه الاضطرابات خلال فترة المراهقة وتستمر طيلة الحياة. وتتميز الشخصية المرضية (البسيكوباتية) بـ:

- عدم قدرة الشخص على التحكم بنزواته وبمزاجه العاطفي.
- عدم اعترافه وعدم وعيه لأعطال بنيته الشخصية - النفسية - المرضية.
- عدم القدرة على التكيف مع محيطه الاجتماعي.

وسنخصص الفترات اللاحقة لعرض الجداول العيادية لمختلف أنواع الشخصيات المرضية.

(ج) اضطرابات الشخصية والحوادث الدماغية: وهي الاضطرابات الناجمة عن اصابات دماغية. سواء أكانت مباشرة (رضوض، حوادث، عمليات جراحية -

دماغية... الخ) أم كانت نتيجة لظهور أمراض معينة مثل الصرع والأورام الدماغية... الخ.

ومن الممكن أن تحدث الإصابة الدماغية قبل اكتمال نمو الشخصية. وفي هذه الحالة فإنها تعيق تطور الشخصية وتحدده. أما إذا أتت الإصابة بعد اكتمال نضج الشخصية فإنها، في هذه الحالة، تتسبب بالنكوص والتراجع العقليين اللذين قد يصلان إلى حدود الذهان (انظر لاحقاً الذهانات الناجمة عن الرضوض والإصابات الدماغية).

٤ - الشخصية المرضية والاضطرابات العقلية:

إن مظاهر القلق والعدائية والشدة النفسية واضطرابات النوم ومراحل الإعاقة النفسية هي جميعاً مظاهر ممكنة الملاحظة لدى الشخص الطبيعي. فالشخصية الطبيعية لا بد لها أن تمر بأزمات ومآزق نفسية من شأنها توليد مثل هذه المظاهر. فالصراعات لا تؤدي إلى اضطراب الشخصية وإنما يؤدي إلى هذا الاضطراب عجز الشخصية عن مواجهة هذه الصراعات. وبمعنى آخر فإن الشخصية الطبيعية ليست تلك المحافظة على توازنها ولكنها تلك القادرة على مجابهة اختلال التوازن والتصدي له بحيث تعيد توازنها إلى حالته العادية. وهكذا فإن الشخصية لا تكون طبيعية ما لم تتعرض لجحيم التجارب وتخرج من هذا الجحيم متناسقة ومتوازنة. وهنا نذكر بقول Canguilhem^(٢٢): "أن تكون بصحة جيدة يعني أن تستطيع أن تمرض وأن تبرأ من المرض".

وفي المعنى نفسه يقول Mac Dougall^(٢٣) ' يجب الحذر من الوقوع في
اسر الطبيعية المرضية'^(٢٤)

وبهذا يتأكد لنا، مرة أخرى، عدم وجود الحدود الفاصلة بين شخصية طبيعية
وشخصية مرضية. بل إن التمازج بين الطبيعي والمرضي يصل الى حدود
تستعصي على فهم علماء النفس وذلك في حالات المبدعين الذين يشكون من
اضطراب شخصياتهم. وفي تأكيد لغياب هذه الحدود يقول فرويد "إن طبيعية
الشخصية هي من الأمور النسبية".

بناء على ما تقدم كان من الطبيعي أن يعجز الباحثون عن التحديد الواضح
 للعلاقة المفترضة بين الشخصية المرضية من جهة والاضطراب العقلي من جهة
أخرى. ومن أهم المدارس الدارسة لهذه العلاقة نذكر التالية:

١ - مدرسة أنماط كرتشمير:

يعتمد كرتشمير في تقسيمه للأنماط الى معطيات بيولوجية ووراثية. وهو يقترح
تقسيماً يضم ثلاثة أنماط هي:

١ - النمط الرياضي.

٢ - النمط الواهن.

٣ - النمط المربعوع (انظر الصور).

Mac Dougall, J: Plaidoyer pour une certaine anormalité Gallimard, ١٩٢٨ - ٢٣ -

٢٤ - مثال ذلك أنه من الطبيعي أن نخاف عندما تكون لهذا الخوف دواع حقيقية. ولكن هذا الطبيعي يتحول
الى مرضي عندما نستمر بخوفنا في غياب الدواعي الحقيقية لهذا الخوف.

هذا ويؤكد العديد من الباحثين على كون "النمط المربع" الأكثر عرضة للاضطرابات المزاجية. في حين أن "النمط المتطاوّل" هو الأكثر عرضة للذهانات الفصامية. وكما هو ملاحظ فإن هذه المدرسة تنطلق من اعتبار مفاده أن المرض العقلي هو نتاج اضطراب بيولوجي ينعكس على الشكل الخارجي للمريض وعلى شخصيته. ومدرسة كرتشمير ليست الوحيدة التي تعتمد هذه الفرضية التي لم يمكن إثباتها حتى اليوم.

٢ - المدرسة الأميركية:

إن الجمعية الأميركية للطب النفسي تولي عناية كبيرة لموضوع اضطراب الشخصية. وقد بلغت هذه العناية حداً جعل من اضطراب الشخصية محورا من محاور التشخيص الخمسة التي تعتمد عليها هذه الجمعية.

ومن مظاهر هذه العناية أيضا قيام المدرسة الأميركية بتعديل تصنيفها كي يستوعب أنماطا جديدة لاضطرابات الشخصية، يعتبرها المؤلفون الأميركيون بمنزلة توطئة لظهور المرض العقلي. وعلى هذا الأساس ادخل الأميركيون "اضطراب الشخصية من النمط الفصامي" (انظر الفقرات التالية).

٣ - المدرسة التحليلية:

كما سبقت الإشارة فإن هذه المدرسة لم تتوصل الى تصنيف اضطرابات الشخصية. إلا أن المحللين يتكلمون عن الشخصية الذهانية ويعرفونها على النحو التالي: "أن الشخصية الذهانية هي تلك الشخصية التي تهيمن عليها (بطريقة قهرية وقاسية) الاسقاطات والتماهيات الإسقاطية ورفض وعي الواقع". أما الشخصيات العصابية فيقسمها التحليل الى مصابة بأعصاب تقليدية (على علاقة بالعقد الطفولية ومصابة بأعصاب رافنة.

٥- تصنيف اضطرابات الشخصية:

ان التعددية الهائلة، لتصنيفات اضطرابات الشخصية، تمنعنا من عرض هذا التصنيف بطريقة شاملة. لذلك فإننا سنعمد الى عرض هذا التصنيف على طريقتنا الخاصة. وذلك استناداً الى تجربتنا ومراعاة لعدد من المستجدات في الميدان. ولكن اختيارنا هذا لا يعني مطلقاً التزامنا بموقف لو تجرؤنا على اهمال بقية التصنيفات الواردة عند بقية المدارس. وهكذا فإن عدم عرضنا لأنماط معينة لا يعني إهمالها ونبدأ عرضنا بـ:

١- الشخصية العظامية (ذات العلام البارانونالية):

في رأي العالم Porot يتميز هذا الاضطراب من خلال الكبرياء المبالغ فيها وعدم الثقة بالآخرين وعدم القدرة على تفهم واقعهم النفسية. وكذلك فإنه يتميز بالتساوة النفسية المتظاهرة من خلال الإصرار (الذي لا يمكن تعديله) على اقتناعاته الخاصة (المبنية على أساس مرضي). الى ذلك يضاف نزق غير مبرر، وانعدام المرونة في مواقف حياتية كثيرة. وذلك حتى في حال تقديم جميع الأدلة على عدم منطقية الافكار المتسببة بهذا النزق.

عناصر التشخيص:

- ١- كبرياء مبالغ فيها (مبالغة في تقدير الذات).
- ٢- انعدام الثقة بالآخرين.
- ٣- التساوة النفسية.
- ٤- التأويل غير الموضوعي.
- ٥- فقدان القدرة على التحكم بالمواقف المزاجية.

٢- الشخصية المضطربة مزاجياً (Affective)

تمتاز هذه الشخصية بمواقف مزاجية غير متناسبة مع الواقع. ويمكن لهذه المواقف أن تميل نحو الانهيار والكآبة أو نحو الحبور أو هي تتراوح بين الاثنين.

عناصر تشخيص المزاج الانهيازي:

- ١- مزاج أساسي ميال نحو الانهيار.
- ٢- العزلة الاجتماعية.
- ٣- التألف مع الحوادث النعسة.
- ٤- الاهتمام باللياقات الاجتماعية.

عناصر تشخيص الحبور:

- ١- ميل أساسي نحو الحبور.
- ٢- المسطحية العلائقية.
- ٣- نشاط زائد.
- ٤- اللامبالاة باللياقات.

عناصر تشخيص الحالات المتراوحة:

- ١- مراوحة مزاجية هامة بين الانهيار والحبور.
- ٢- غياب دور العوامل الخارجية والأسباب المبررة لهذه المراوحة.

٣- الشخصية المنفصمة (Schizoide):

ويمتاز هذا النمط أساساً بعجز الشخص عن إقامة علاقات اجتماعية، ويعود هذا العجز إلى غياب الدفء العاطفي وإلى لا مبالاة الشخص بالتقريب وبالانتقاد وبمشاعر الآخرين عامة.

عناصر التشخيص:

- ١- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية.

٢- العزلة.

٣- انخفاض النشاط

٤- البرودة العاطفية واللامبالاة.

٥- عدم كفاية الدوافع النزوية.

٤- الشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotype):^(٢٥)

عناصر التشخيص:

يجب أن يلاحظ لدى المريض ٤ على الأقل من العناصر التالية:

١- التفكير الخيالي (حاسة سادسة، تنبؤات، توارد أفكار... الخ).

٢- أفكار علانية.

٣- العزلة الاجتماعية.

٤- أوهام تتبدى من حين لآخر (تبدد الشخصية، انعدام التحقيق، تهيؤات رؤية

الأموات... الخ).

٥- الحديث الشاذ لغوياً.

٦- اضطراب العلاقات الشخصية.

٧- نزق وأفكار عظامية.

٨- قلق اجتماعي أو حساسية بالغة أمام النقد.

وإلى هذه العناصر يمكن أن تضاف المظاهر التالية: خليط متنوع من مظاهر

القلق والانهيار وانعدام المزاج. وغالباً ما نجد لدى هذا الشخص مظاهر الشخصية

الحدية (انظر الشخصية الحدية) وفي حالات الشدة أو الصدمة النفسية تمكن ملاحظة

بعض المظاهر الذهانية العابرة.

٢٥- يقترح تصنيف الجمعية الأميركية DSM III هذا النمط ويعتبره مقدمة للفصل

٥- الشخصية الانفجارية:

تتميز هذه الشخصية بالميل المبالغ فيه لتفريغ الانفعالات بطريقة تصادمية ومحدث للضجة.

عناصر التشخيص:

- ١- تفريغ تصادمي للانفعالات.
- ٢- سلوك غير متساو.
- ٣- ردود فعل غير متناسقة.
- ٤- ميل المزاج نحو الهمود (انعدام المزاج).

٦- الشخصية الوسواسية (Obsessive)

ويعرفها جانيه (P.Janet) بأنها فاقدة لحس الواقع من خلال انخفاض قدرة الشخص على استيعاب الحقيقة كاملة وفي مختلف وجوهها. ويعود هذا الانخفاض الى خلل في آلية القدرة على الربط بين المعطيات الإدراكية والتفكير والعواطف والمواقف.

عناصر التشخيص:

- ١- قدرة محدودة على الإعراب عن العواطف والمشاعر.
- ٢- التردد.
- ٣- العجز عن استيعاب الحقائق.
- ٤- عدم الثقة بالقدرات الذاتية.
- ٥- الرغبة في الكمال.
- ٦- تعب جسدي- نفسي (بسيكاستانيا) ومن هنا تسمية بعضهم لهذه الشخصية بالبيكاستانية.

٧- الشخصية التجنبية (Evitante):

أدخل المؤلفون الأميركيون (DSM III) نوعاً جديداً من اضطراب الشخصية هو "التجني". وهذا النمط يشترك مع سابقه في سمات عديدة منها الثقة بالقدرات الذاتية والعجز عن استيعاب الحقائق في مختلف وجوهها... الخ.

عناصر التشخيص:

١- حساسية بالغة أمام علائم الرفض (من قبل الآخرين: والانتقاد، والاستتغار لدى ظهور أية علامة تنبئ بتراجع تقدير المجتمع له. والميل الى تفسير الأحداث البريئة على أنها سخرية.

٢- صعوبة إقامة علاقات اجتماعية إلا بشرط التأكد الجازم بأنه سيكون مقبولا دون شروط.

٣- العزلة الاجتماعية.

٤- للرغبة في أن يكون مقبولا ومحبويا.

٥- ضعف الثقة بالذات وبالقدرات الذاتية.

٨- الشخصية الهستيرية:

يعتبر جاسبرز (Jaspers) أن السمة الأساسية لهذه الشخصية هي مبالغتها ودراماتيكيته بحيث "تريد أن تبدو أكثر مما هي عليه في الواقع" وذلك إضافة الى مظاهر عدم نضج التفكير والعواطف والنشاطات.

عناصر التشخيص:

١- الحركات التمثيلية المسرحية.

٢- عدم النضج وعدم الثبات الانفعالي.

٣- زيادة تقدير أهمية الذات.

٤- التعلق العاطفي.

٥- محاولات تجنيس العلاقات الاجتماعية.

٩- الشخصية النرجسية:

عديدون هم العلماء الذين اهتموا بهذا النمط من اضطراب الشخصية. وفي مقدمتهم Hartman و Kernberg. ويتميز هذا النمط بالمبالغة في تقدير الذات، الاهتمام المحموم لتحقيق نجاحات غير محدودة ورغبة استعراضية في جلب الانتباه والإعجاب. أما العلاقات مع الآخرين فهي عرضة دائماً للانتكاسات بسبب سطحية العلاقات التي يقيمها النرجسي وبسبب عدم تحمله للنقد وانتظاره للمكافآت. ويظهر هذا المريض اهتماماً بذاته يترافق ظاهرياً مع تكيف اجتماعي فاعل ولكن مع اضطرابات هامة في بعض العلاقات. وتحتوي شخصية النرجسي على مزيج متغير من الطموح الحاد وهولام العظمة وشعور بالدونية وزيادة التعلق بأجواء الإعجاب والتقدير والموافقة الخارجية. ولقد أعاد الأميركيون طرح هذا النمط في تصنيفهم.

عناصر التشخيص:

- ١- الشعور الفائق بأهمية الذات.
- ٢- الانشغال الهوامي بتحقيق النجاح الذاتي على مختلف المستويات.
- ٣- الاستعراضية.
- ٤- اللامبالاة لو الغضب البالغ أمام الجروح النرجسية.
- ٥- السعي وراء المكاسب الشخصية (كان يغضب ويفاجأ إذا لم يقدم له الآخرون مطالبه).
- ٦- استغلال العلاقات الشخصية.
- ٧- تراوح العلاقات الاجتماعية^(٢٦).
- ٨- غياب عمق العلاقات الاجتماعية.

٢٦- في علاقته بذات الشخص يتراوح النرجسي بين المبالغة في تقدير الآخر وبين تجريده من الأهمية

١٠ - الشخصية الواهنة (Asthénique):

يعرف شنايدر K. Schneider أصحاب هذه الشخصية بأنهم "أناس يصلون بسرعة إلى وضعية المأزق مهما كان الجهد المطلوب منهم بسيطاً. وذلك لأسباب طبائعية". ويتميز هذا النمط من اضطراب الشخصية بحالة وهم (نفسي وجسدي) مزمنة مترافقة مع درجة استثارة عالية (الانفعالية والفرق).

عناصر التشخيص:

- ١- وهم مزمن.
- ٢- هشاشة نفسية.
- ٣- مردود (عملي وفكري) غير كاف.
- ٤- نقص التوازن المزاجي.
- ٥- غياب احترام الجسد (بسبب ضعف الجسد والنفس فإن لهذا المريض شكاوى نفسية وجسدية لا تنتهي).

١١ - الشخصية المعادية للمجتمع:

يتميز هذا النمط بغياب القدرة على التكيف (المستمر) مع الأعراف الاجتماعية - الأخلاقية للمجتمع الذي يعيش فيه هذا المريض. وهكذا يؤدي سلوك المريض إلى صراع مباشر مع هذا المجتمع. ويختلف هذا الاضطراب عن باقي اضطرابات الشخصية من حيث شموله لمجموعة من الاضطرابات المتبدية بأشكال مختلفة وعلى أصعدة متميزة. وذلك بحيث يمكننا تقسيم هؤلاء المرضى إلى ثلاث فئات:

- ١- معاداة المجتمع الفعلية.
- ٢- الشواذ جنسياً.
- ٣- أصحاب النزوات. وتشارك هذه الفئات بعناصر التشخيص التالية:

عناصر التشخيص:

- ١- غياب التكيف المزمن مع العادات والأعراف الاجتماعية السائدة.
- ٢- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية بشكل طبيعي.
- ٣- بدائية العواطف وعدم تهذيبها. وهي مترافقة مع اضطرابات غريزية.

١٢- الشخصية الحدية (Border Line):

أدخل العالم Hugues هذا المصطلح للمرة الأولى، في العام ١٨٨٣. وما لبث المصطلح أن دخل في التصنيفات عام ١٩٣٨ (Stern). ولقد عرف مبدأ الشخصية الحدية (الحد بين العصاب والذهان) قبولا ونجاحا واسعين. وذلك بسبب الحاجة الى مثل هذا المصطلح لاستخدامه في تصنيف وتبويب عدد من الاضطرابات العيادية التي لا يمكن ادراجها في عداد الأبواب التقليدية المعروفة في التصنيفات النفسية. لهذه الأسباب تعرض مفهوم الشخصية الحدية الى تغييرات عميقة وعديدة مع مرور الزمن. ولقد اهتم الأميركيون بشكل خاص بهذا النمط من اضطراب الشخصية وعملوا على ايضاحه وجلاء عناصره وهم يعرفونه على أنه اضطراب للشخصية يطل عدداً متغيراً من أصعدة الحياة النفسية. وخاصة تلك المتعلقة بالعلاقات الشخصية والمزاج الأساسي وصورة الذات إضافة الى تغييرات فائقة في الشخصية. وذلك بحيث لا تحافظ الشخصية على أي من ملامحها بشكل دائم.

عناصر التشخيص:

- ١- العلاقات الشخصية المتغيرة.
- ٢- عدم ثبات الحالة المزاجية الأساسية.
- ٣- اضطراب الهوية الذاتية.
- ٤- وجود سوابق سلوك تدميري (إيمان، سلوك مؤذ، إيذاء الذات، محاولات الانتحار ... الخ).

١٣ - الشخصية التابعة (Dépendante):

إن اضطرابات الشخصية المعروضة اعلاه هي، كما رأينا، اضطرابات تطل كافة نواحي الحياة النفسية للمريض. ولكننا لدى قيامنا بمراجعة مختلف التصنيفات نلاحظ أن بعضها يحتوي اضطرابات تطل وجها من وجوه الحياة النفسية (مثل التكيف الاجتماعي والمهني أو مستوى ونوعية العلاقات الشخصية... الخ) دون غيره. ومن هذه الأنماط يركز المؤلفون الأميركيون على نمطين هما.

١- الشخصية التابعة.

٢- الشخصية السلبية - العدائية.

عناصر التشخيص:

- ١- نظراً لعجزه عن الفعل منفرداً فإن التابع يقبل، بشكل سلبي، قيام الآخرين بتحمل مسؤولياته للحياة الأساسية عوضاً عنه.
- ٢- القبول بوصاية الآخرين (الذين يتبع لهم) على مصالحه الشخصية. وذلك بهدف تجنب تعرضه وحيداً للمضايقات.
- ٣- غياب الثقة بالذات (يعتبر نفسه عاجزاً ومهملًا... الخ).

وهذا النمط غالباً ما تخالطه مظاهر اضطرابات الشخصية الأخرى (مثل الشخصية الهستيرية أو النرجسية أو التجنبية أو النمط الفصامي. ومظاهر القلق والانهيار هي مظاهر مصاحبة غالباً للشخصية التابعة.

١٤ - الشخصية السلبية - العدائية (Passive - Agressive):

عناصر التشخيص:

- ١- مقاومة ومعارضة المتطلبات الضرورية، في الأحوال العادية، للحصول على الكفاءات الملائمة سواء في الحياة الاجتماعية أو المهنية.

٢- المقاومة غير المباشرة في موقفين على الأقل من المواقف التالية: المراوغة والكسل، الغناد الادعاء بعدم القدرة (مثل ادعاء النسيان مثلاً).

٣- استناداً الى العنصرين المشار اليهما أعلاه نلاحظ انعدام فعالية عميق وطويل المدى لدى المريض. وانعدام الفعالية هذا قد يطل أدواراً أساسية في حياة المريض (دور الطالب أو دور الزوج... الخ) مما يعيق تقدم المريض ونجاحه.

٤- استمرار المريض في هذا السلوك حتى ولو تأمنت له ظروف تأكيد ذاته وفعاليته.

٥- لا تظهر لدى المريض أعراض أخرى تصنفه في خانة أخرى من اضطرابات الشخصية ولا في خانة اضطرابات المعارضة الملاحظة لدى بعض المراقبين قبل سن الثامنة عشرة.

الشخصية متعددة الاضطرابات (Polymorphe):

إن جهود تصنيف اضطرابات الشخصية تصطدم بوقائع عيادية حيث تتمازج لدى نفس المريض علائم تنتمي الى أنماط مختلفة لاضطرابات الشخصية. وعلى هذا الاساس يقترح قسطنطين غورغوس C. Gorgos التصنيفين التاليين:

١- الشخصية متعددة الاضطرابات.

٢- الشخصية المزيجية.

عناصر التشخيص:

يشخص اضطراب الشخصية من النوع متعدد الاضطرابات عندما نجد فيها عناصر مرضية لتشخيص اضطرابات متعددة (كالنمط الفصامي، ومعادي المجتمع والسلبى - العدائى).

١٦ - الشخصية المزيجية (Mixte):

عناصر التشخيص:

وذلك عندما تظهر لدى الشخص علائم اضطراب الشخصية التي تنتمي الى أنماط مختلفة. ولكن دون أن تكون هذه الاضطرابات كافية لتصنيف الاضطراب في أي من هذه الأنماط.

١٧ - اضطراب الشخصية اللانمطي (Atypique):

حددت الجمعية الأميركية للطب النفسي هذا النوع من اضطرابات الشخصية لتصنف في إطاره جميع حالات الشخصية التي لا يمكن تصنيفها في عداد الأنماط التي تقترحها هذه الجمعية لاضطرابات الشخصية (سنعرضها في الفقرة التالية) ويستند تشخيص اضطراب الشخصية اللانمطي اساسا الى وجود العناصر الثلاثة الرئيسية لكافة اضطرابات الشخصية وهي:

- ١- عجز الشخص عن التكامل المتناسق في محيطه الاجتماعي.
- ٢- عجزه عن التحكم في النواحي الغريزية والنواحي العاطفية - الإرادية.
- ٣- عدم وعيه واعترافه بوجود الاضطراب لديه.

جدول يلخص علائم اضطرابات الشخصية

نمط الاضطراب	اضطرابات على صعيد الـ				التعقيدات
	الفرائز	المزاج	السلوك	الوظيفي- الاجتماعي	
عظامي (بارانويي)	—	تخشب المزاج	قساوة نفسية وعدم الثقة بالآخرين	بمستوى طبيعي	ردود فعل عصبية وساوس مرضية هذيان الظلم

نمط الاضطراب	اضطرابات على صعيد الـ				التعقيدات
	الفرائز	للمزاج	السلوك	الوظيفي- الاجتماعي	
مزاجي Affective	اضطراب الغريزة الجنسية	ميل انهيارية	سطحية العلاقات	نسبياً جيد	إيمان كحول- مخدر بغاء وانهيار.
المنفصم Schezoide	عدم كفاية الدوافع الغريزية	قساوة نفسية	العزلة وأهمية الذات المبالغة	انطوائي	انتحار أو/و أفعال معادية للمجتمع.
انفجاري Explosive	ردات فعل بدائية	انعدام المزاج	عدائية	محدود صعب الاستمرار والتحمل	نوبات غضب إيمان.
وسواسي Obsenive	كبت الفرائز	عدم الثقة بعواطفه	العزل التردد	نسبياً جيدة	نوبات وسواسية (حصرية) وانهيار وعدم استيعاب.
هستيري	ضعف النزوات	قصور النضج العاطفي	حركات مسرحية دراماتيكية	متغيرة	انهيار، إغماء هستيري، محاولات انتحار استعراضية.
واهن	تحسس نفسى	تخدير عاطفي	عدم القدرة على مجابهة الأحداث	منخفض	انهيار، وهن جنسى ووساوس مرضية
معاد للمجتمع	شدوذ نزوي	مزاج مضطرب	معادي للمجتمع	منخفضة جداً أو غائبة	إيمان - جريمة- شدوذ- سرقة...
شخصية حدية Border Line	نزواتية متحكمة	عدم الثبات الانفعالي	أفعال مؤذية للذات	سلوك غير مناسب	انتحار إيذاء الذات.

١٨- تصنيفات أخرى:

نختم حديثنا عن اضطرابات الشخصية، من الناحية التصنيفية، بعرض أهم التصنيفات المعتمدة ونبدأ بـ:

(أ) الجمعية الأميركية للطب النفسي (DSM III R)

- ١- معادية للمجتمع
- ٢- التجنبية.
- ٣- الحدية.
- ٤- التابعة.
- ٥- الهستيرية.
- ٦- المتعددة.
- ٧- النرجسية.
- ٨- اللانمطية.
- ٩- الوسواسية- القهرية.
- ١٠- العضوية.
- ١١- العظامية.
- ١٢- السببية- العدائية.
- ١٣- السادية.
- ١٤- المنفصمة.
- ١٥- النمط الفصامي.
- ١٦- Self Defacting.

(ب) منظمة الصحة العالمية (ICD١):

- ١- عظامية.
- ٢- مزاجية.

- ٣- منفصمة.
- ٤- انفجارية (صرعية).
- ٥- وسواسية (قهريّة).
- ٦- هستيرية.
- ٧- واهنة.
- ٨- فرضية- اجتماعية.
- ٩- غيرها (الخارج عن المؤلف- العنصري العدائي).
- ١٠- غير محددة.

(ج) تصنيف ليونهارد Leonhard:

- ١- زائدة المزاج.
- ٢- منخفضة المزاج.
- ٣- فائقة الدقة.
- ٤- فائقة الإصرار.
- ٥- المتراوحة.
- ٦- البالغة الحماس.
- ٧- القلقة.
- ٨- الانفعالية.
- ٩- غير قادرة على الضبط.
- ١٠- استعراضية.

٦- علاج اضطرابات الشخصية: (٢٧)

يمتاز هذا العلاج بتعقيده وبصعوبته الفائقة. وتزداد هذه الصعوبة بشكل مبالغ في عيادتنا العربية. ويمكننا تلخيص اسباب هذه الزيادة بالنقاط التالية:

(أ) ان غياب او انخفاض مستوى الوعي الصحي - النفسي بضاعفان احتمالات عدم وعي وعدم الاعتراف بالاضطراب. وهما يدفعان المحيط ايضا الى اهمال الاضطراب وعدم وعيه وأحيانا التهرب من الاعتراف به في حال وعيه.

(ب) إن المريض لا يتوجه للمعانة الا في حالات اللامعاوضة الحادة. وهنا نستطيع تمييز مواقف عديدة هي:

١- اللامعاوضة المؤدية الى ظهور الوسواس المرضية (المراق). وفي هذه الحالة فان المريض لا يصل الى العيادة النفسية الا بعد فترة طويلة (من بضعة أشهر الى بضع سنوات) من المراجعات الطبية الاختصاصية.

٢- اللامعاوضة العصائية. ونادراً ما يصل هذا المريض (العربي) الى العيادة النفسية.

٣- اللامعاوضة الذمائية: وهي عرضة لالتباسات للتشخيص.

٤- حالات إيذاء الذات أو الآخرين. حيث تطرح إشكاليات الطب النفسي الشرعي.

(ج) غالباً ما يعجز المحيط عن إعطاء آراء موضوعية حول نشوء الاضطراب وتطوره. بل ان المحيط غالباً من يعرقل الفحص باخفائه عدداً من المظاهر السابقة لاضطراب الشخصية من منطلق أنها تعيب العائلة. إضافة لجزم جاهل بأن لا علاقة

٢٧ - للتعق بموضوع العقابر النفسية المستخدمة في علاج اضطرابات الشخصية انظر - محمد أحمد النابلسي: معجم العلاج النفسي الدوائي، دار ومكتبة الهلال، ١٩٩٤.

لهذه الممارسات المعيبة (التي هي في الواقع من صلب أعراض اضطراب الشخصية) بالوضع الحالي للمريض. وهكذا نجد الأهل وهم يخفون ممارسات من نوع إيذاء الذات، محاولات الانتحار، محاولات القتل، الاذمان، السرقة... الخ من منطلق أن لا علاقة لهذه الممارسات بالوضع الحالي للمريض! وهم يقيمون هذا الوضع على أنها حالة بسيطة عابرة!

(د) بناء على مجموعة الأسباب المذكورة أعلاه فإن المحيط قد يمارس دوراً سلبياً ومعيقاً أكثر خطورة. ففي حالات كثيرة يخفي الأهل تعرض المريض للرضوض الدماغية أو هم يخفون الوراثة المرضية - النفسية، وأحياناً على عكس ذلك نلاحظ أن الأهل يحاولون الإيحاء برد المرض الى رضة دماغية (يضحون لثراً) في محاولة للتخلص من عار إصابة ابنهم بالمرض أو بالاضطراب. وهكذا تتنوع مظاهر سلبية الأهل المؤدية الى إعاقه التشخيص وتالياً العلاج.

إن النقاط المشار إليها أعلاه تؤدي الى زيادة مهمة الطبيب العربي صعوبة والى ارباك مهمة اضافة للصعوبة البالغة في التعامل مع محيط المريض.

بعد هذا العرض الموجز لخصائص الممارسة في العيادة العربية نأتي الى عرض اقتراحاتنا العلاجية لحالات اضطراب الشخصية من خلال النقاط التالية:

١ - الاضطرابات الناجمة عن الحوادث الدماغية:

في حالات اضطراب الشخصية الناجم عن الحوادث الدماغية - المرضية، والمؤدي الى تغيرات عاطفية - مزاجية بالغة، فإن المهدئات العظمية تكون ذات تأثير محدود. ولعل أكثرها فعالية عقار الـ Fluphenazine. وفي حال شكوى هذا المريض من الصداع فإننا ننصح باستعمال الـ Sulfate de Magnezium مع محلول السكر (١٠٪) وفيتامين ج (كلها بالحقن الوريدي - مصل).

٢- العلاج الوقائي:

ويهدف هذا العلاج الى الحد من الأسباب والظروف والعوامل التي كانت سبباً في ظهور الاضطراب او في تشجيع ظهور اللامعاوضة.

٣- علاج مختلف الانماط المعروضة سابقاً:

كما سبقت الإشارة فان المدارس النفسية المعاصرة تختلف في تصنيفها لهذه الاضطرابات. وهذا الاختلاف لا ينحصر في نطاق التسميات بل انه أعمق من ذلك بكثير. فغياب المقاييس الدقيقة لتحديد الشخصية الطبيعية يستتبع معه غياب المقاييس التي من شأنها تحديد عمق اضطراب الشخصية. ومن الطبيعي ان تؤدي مجمل هذه العوامل الى اختلافات عميقة تمتد من التشخيص الى العوارض ومنهما الى العلاج. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع للتأكيد أن نفس العارض يتخذ دلالات مختلفة باختلاف الثقافات فالعزلة العائلية تعتبر نوعاً من الاستقلالية في العائلة الأميركية وعليه فإن ظهورها لدى الشاب الأميركي ليست له اية دلالة. أما اذا انعزل الشاب العربي عن عائلته فإن ذلك يجب ان يكون مدعاة للقلق. لان جهاز العلاقات يرفض هذه العزلة ومن هنا يمكننا اعتبار الإصرار عليها من قبل الشاب بمنزلة علامة مرضية. وقس عليه بالنسبة لعوارض اضطراب الشخصية الأخرى. وهكذا يتضح لنا ان علاج هذا النوع من الاضطرابات النفسية هو مثير للجدل ولتضارب الآراء. ودون ان نتجراً على وضع أنفسنا في موقع الحكم في هذه الصراعات ودون أن نعتبر أنفسنا في مصاف أولئك الذين يخوضون فيها فإننا نعرض فيما يلي وجهة نظرنا الشخصية ونلخصها كما يلي:

١- العلاج بالمهدئات العظمى:

يمكننا تقسيم اضطرابات الشخصية الى مجموعتين كبيرتين. الأولى تحتاج للعلاج بالمهدئات العظمى (العظامية وفصامية النمط والفصامية والحدية والعدائية

ومعادية المجتمع والسادية.. الخ حسب التصنيف). والثانية لا تحتاج للعلاج بهذه الأدوية (الهستيرية والنرجسية والتجنبية والوسواسية- القهرية والتابعة والواهنة).

وفي الحالات التي يحتاج فيها الاضطراب الى العلاج بهذه الأدوية فإننا نلاحظ اختلافا في تحديد نوعية هذه الأدوية فبعضهم ينصح بعائلة الفينوتيازين وآخرون بالعائلات الاخرى. وبما اننا اثّرنا الاقتصار على تجربتنا الشخصية فإننا نستعمل في علاج هذه الحالات دواء "البريسيازين" المسوق باسم Neuleptil (وهو من عائلة فينوتيازين ويسمى بفينوتيازين الشباب لانه ملائم لعلاج اضطرابات الشباب ولاتهم أقدّر على تحمل آثاره الجانبية). ويستعمل هذا الدواء بالجرعة المناسبة للحالة.

أما في حالات اضطرابات الشخصية الخطرة وبخاصة الشخصية الحدية Border Line و Etat Limite فإننا نستعمل حقن (خزان يدوم مفعولها ٢ - ٤ أسابيع الـ Flupentixol بأعيرة تتراوح بين ٢٠ و ٦٠ مغ).

٢- العلاج بمضادات الانهيار:

ان مضاد الانهيار يفرض نفسه في حالات اضطراب الشخصية حيث يستند التشخيص الى الصراعات التكيفية. وهذه الصراعات تقتضي استعمال مضادات الانهيار على أن يتم اختيار المناسب منها تبعا لنوعية الاضطراب وللبنية الجسدية للمريض ولوضعه الصحي العام. ولعل أكثر مضادات الانهيار استعمالاً في المجال هما عقاران: Imipramine و Clomipramine ولكننا يجب ألا نهمل مضادات الانهيار المسوقة حديثا والتي تبدو فائقة الفعالية وفي مقدمتها عقار الـ Faverin المسوق الذي تدل الأبحاث المبدئية على فعاليته.

٣- لمحة موجزة عن علاج اضطرابات الشخصية:

(أ) الشخصية العظامية:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـ Melleril أو Fluanxol).

- العلاج النفسي.

ب- الشخصية فصامية النمط:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـ Haloperidol).

- Imipramine.

- العلاج النفسي.

(ج) الشخصية المنفصمة:

- Neuleptil (ويمكن استبداله بـ Haloperidol).

- IMAO (أحد الأنواع الجديدة ذات الآثار المحدودة).

- علاج نفسي داعم.

(د) الشخصية الهستيرية:

- علاج نفسي - إيحائي.

- يمكن استخدام الـ IMAO الحديث في حال ترافقها مع اضطراب المزاج.

- يمكن استخدام العلاج الدوائي المسلح (Armée).

(هـ) الشخصية النرجسية:

- علاج نفسي

- Clomipramine

- أملاح الليثيوم.

(و) شخصية الحد الفاصل:

- Fluanxol حقه خزان عيار ٢٠ مع مرة كل ٤ أسابيع.
- Carbamazepine
- أملاح الليثيوم (في حال ترافقها مع اضطراب المزاج).
- منشطات (في حال ترافقها مع الانحطاط).
- العلاج النفسي (له في هذه الحالات أهميته الخاصة).

(ز) الشخصية التجنبية:

- علاج نفسي إدراكي.
- مضاد انهيار من نوع (IMAO).

(ح) الشخصية الوسواسية - القهرية:

- Imipramine أو Clomipramine.
- علاج نفسي.

(ط) الشخصية السلبية - العدائية:

- مضاد انهيار من نوع (IMAO) - العائلات الحديثة.
- Lorazepam أو Xanax .
- علاج نفسي.

(ل) الشخصية المعادية للمجتمع:

- علاج نفسي جماعي (في مؤسسات متخصصة).
- علاج دوائي ظواهري.

الفصل الثالث

العوامل المؤثرة في الشخصية

١ - التفاعل الوجداني

أ- المزاج

ب- الغرائز

ج- التأثير والانفعال

د- العواطف والاهواء

٢ - المعرفة

أ- الفهم

ب- التعلم

٣ - التصور

٤ - وظائف توجيه وتكامل السلوك

أ- الانتباه

ب- الذاكرة

ج- الخيال

٥ - العمليات المؤدية الى ترابط السلوك

أ- التفكير

ب- اللغة

ج- الذكاء

د- الارادة

كنا قد عرضنا في نهاية الفصل السابق لمتغيرات الشخصية واضطراباتهما. ونود ان نناقش في هذا الفصل العوامل المؤثرة في الشخصية برأي الطب النفسي وهي التالية:

١- التفاعل الوجداني.

٢- المعرفة.

٣- التصور

٤- الوظائف الموجهة للسلوك والمؤدية لتكامله.

٥- العمليات المؤدية الى ترابط السلوك.

١- التفاعل الوجداني

يلعب الوجدان دوراً أساسياً في تحديد الشخصية. ذلك أن الوجدان يطبع الشخصية بطابعه. هذا بالإضافة الى الانوار الرئيسية التي يلعبها الوجدان في عمليات التعلم، التقدم والتفوق. فالحسرية والاهتمام والمزاج ليست الا مفرعات للوجدان كما سنرى.

والحالات الوجدانية تؤثر ايضا في عملية الإدراك هذه العملية المتأثرة بالمعرفة والتصور الى جانب تأثرها بالوجدان.

مما تقدم نستنتج بأن الوجدان يلون بطابعه الحياة النفسية للشخص. ومن هنا يأتي اعتبارها وجها من وجوه الشخصية. وليس مجرد عامل مكون لهذه الشخصية.

أ- دور الوجدان في تحديد السلوك: ان ردة فعل الشخص أمام مشكلة ما لا تتعلق فقط بحجم هذه المشكلة ولكنها تتعلق مباشرة بحالته الوجدانية أثناء تعرضه

للمشكلة. ولننتقل من المسلمة الفيزيولوجية القائلة بأن لكل إثارة ردة فعل تأتي بمنزلة الجواب على هذه الإثارة.

وإذا كنا في مجال الحديث عن الوجدان فمن الطبيعي القول بأن ردة الفعل هذه تختلف باختلاف التفاعل الوجداني من شخص لآخر. ولكنها تختلف أيضا باختلاف حدة الإثارة وباختلاف الوقت الذي نعرض فيه هذا الشخص للإثارة.

ونبدأ أولا بشرح كيفية تفاعل الجسد مع الإثارة، فالجسد يتلقى هذه الإثارة ويعايشها وجدانيا، وهذه المعاشة تترجم على الصعيد الجسدي بمجموعة معقدة من التغيرات الفيزيولوجية الناجمة في معظمها عن تدخل الجهاز العصبي النباتي (الارادي) والغدد الصماء. وتفصيل ذلك أن الإثارة تؤدي إلى:

١- تحريك الجهاز الودي (السمبتاوي) الذي يقوم بتهيئة الجسم للقيام بردة الفعل. وذلك بمساعدة الجهاز الغدي الذي يفرز الأدرينالين ومعادلاته. الأمر الذي يساهم في تحديد ردة فعل حافزة (Ergotrope) بحيث ترتفع مقدرة الجسم على الاتصال للكهربائي وكذلك ارتفاع ضغط الدم وتسارع التنفس وزيادة الحيوية العضلية... الخ والواقع أن أي معاشة من نوع الحافزة، كالغضب مثلا، تؤدي إلى تحريك الجهاز الودي (السمبتاوي).

٢- في حالة الإثارة التي تهيئ الجهاز نظير الودي (الباراسمبتاوي) فإن هذا التهييج يؤدي إلى تهييج إفراز الكولين (Choline) مما يؤدي إلى مظاهر جسدية مثل تباطؤ نبض القلب، تباطؤ التنفس، الشحوب... الخ.

وسيطرة إحدى الآليات المشروحة أعلاه هي في الواقع سيطرة نسبية. إذ إن أية إثارة كانت تؤدي إلى تهييج الجهازين معا^(١). فالخوف على سبيل المثال وبالرغم من

١ - يقسم الجهاز العصبي إلى قسمين أساسيين: المركزي أو الارادي والنباتي أو اللا ارادي. وهذا الأخير مسؤول عن نرفزة الأحشاء التي تمارس وظائفها بصورة آلية دون تدخل الإرادة. مثل نبض

مظاهره الجسدية الدالة على هيمنة الجهاز الودي (السمبتاوي) إلا أنه يكون أيضاً متلازماً بمظاهر تهيج الجهاز نظير الودي (الباراسمبتاوي) مثل الغثيان أو التقيؤ أو التبول... الخ.

ونحن عندما نقوم بدراسة الحالات الوجدانية نلاحظ دائماً وجود علاقة متشابكة بين العوامل الخارجية (نوع الاثارة، حدثها، ديمومتها... الخ) وبين العوامل الداخلية الخاصة بكل انسان على حدة والخاصة أيضاً بالوضع الآتي (الحالة المزاجية) للشخص. وكل واحد من هذه العوامل يمارس تأثيراته الخاصة ويتحكم بشكل أو بآخر في ظهور ردة الفعل وفي تحديد الحالة المزاجية التي تعقب الاثارة. بهذه الطريقة وحدها نستطيع ان نفسر اختلاف ردات الفعل، أمام نفس الاثارة، من شخص لآخر. أي بمعنى آخر هكذا نستطيع أن نفهم لماذا تؤدي نفس عوامل الارهاق الى اصابة شخص ما بالقرحة^(٢) وآخر بارتفاع الضغط^(٣) أو بالنوبة القلبية^(٤) أو غيرها من الامراض الانسدادية.

القلب وافرازات الغدد وحركات الامعاء... الخ. ولهذا الجهاز اللا ارادي ناقلاته الكيميائية الخاصة وهي الكاتيكولا مينات (ادرينالين ونور ادرينالين) بالنسبة لقسمه الودي والكولين بالنسبة لقسمه نظير الودي.

٢- للتعق نظر الامراض النفسية وعلاجها- مرجع سابق الذكر - فصل القرحة. (ص ٩٩).

٣- المرجع السابق ص (٣٠)

٤- المرجع السابق ص (٦٧)

وفي نهاية حديثنا عن دور الوجدان في تحديد السلوك نورد عدداً من العوامل المؤثرة في الحالة الوجدانية لشخص ما. ومن هذه العوامل نذكر: التعب، الارهاق النفسي، الاكتفاء، العادة الشهرية، الانتظار، الحرمان الحسي^(٥).

ب- للوجدان من وجهة نظر طبية: ان آلية الوجدان وتغير الحالة المزاجية كانت مثال نقاشات عديدة. وقد طرح حول هذه المسألة عدد من التساؤلات والفرضيات. ولعل لولى النظريات النفسية- الفيزيولوجية حول الوجدان هي تلك النظرية التي طرحها العالمان (James , Lange) في العام ١٨٨٤. والقائلة بأن الانفعال والمعاشات الوجدانية بشكل عام يمكن أن تفسر من خلال تأثيرها على الشخص ومن خلال التغييرات الظاهرة التي تحدثها فيه. وبقيت عبارة جايمس (James) الشهيرة: " عندما نشاهد دبا نصاب بالخوف لأننا نهرب " .

على أن هذه النظرية لا تغطي الا للدرجة الاولى من سلم التأثيرات التي يحدثها الوجدان ولهذا فهي تعتبر اليوم نظرية ساذجة. ففي العام ١٩٢٧ ظهرت نظرية كاثون (Cannon) و ((Bard) وعرفت هذه النظرية بنظرية اللحاء - الدماغ الأوسط (Cortico - Diencephlique) وهذه النظرية لا تزال تلاقي الكثير من القبول لغاية الآن.

وقد أثبت بارد بأنه لا يمكن الاستغناء عن الهيپوتالاموس في شرح الحالات الوجدانية. ذلك أن استئصاله لدى القطط يؤدي الى فقدان الانفعال لديها. وبهذا يعتبر بارد بأن الهيپوتالاموس هو المسؤول عن تسجيل ردود الفعل الوجدانية وذلك طبقاً تحت مراقبة اللحاء الدماغى. ونحن اذا أردنا أن نلخص هذه النظرية فان التلخيص

٥- الحرمان الحسي: ويقصد به حرمان الشخص من استخدام حواسه كإن يوضع في مكان مظلم فيحرم من استخدامه حاسة النظر... الخ من ممارسات الحرمان الحسي المستخدمة في عمليات غسل الدماغ.

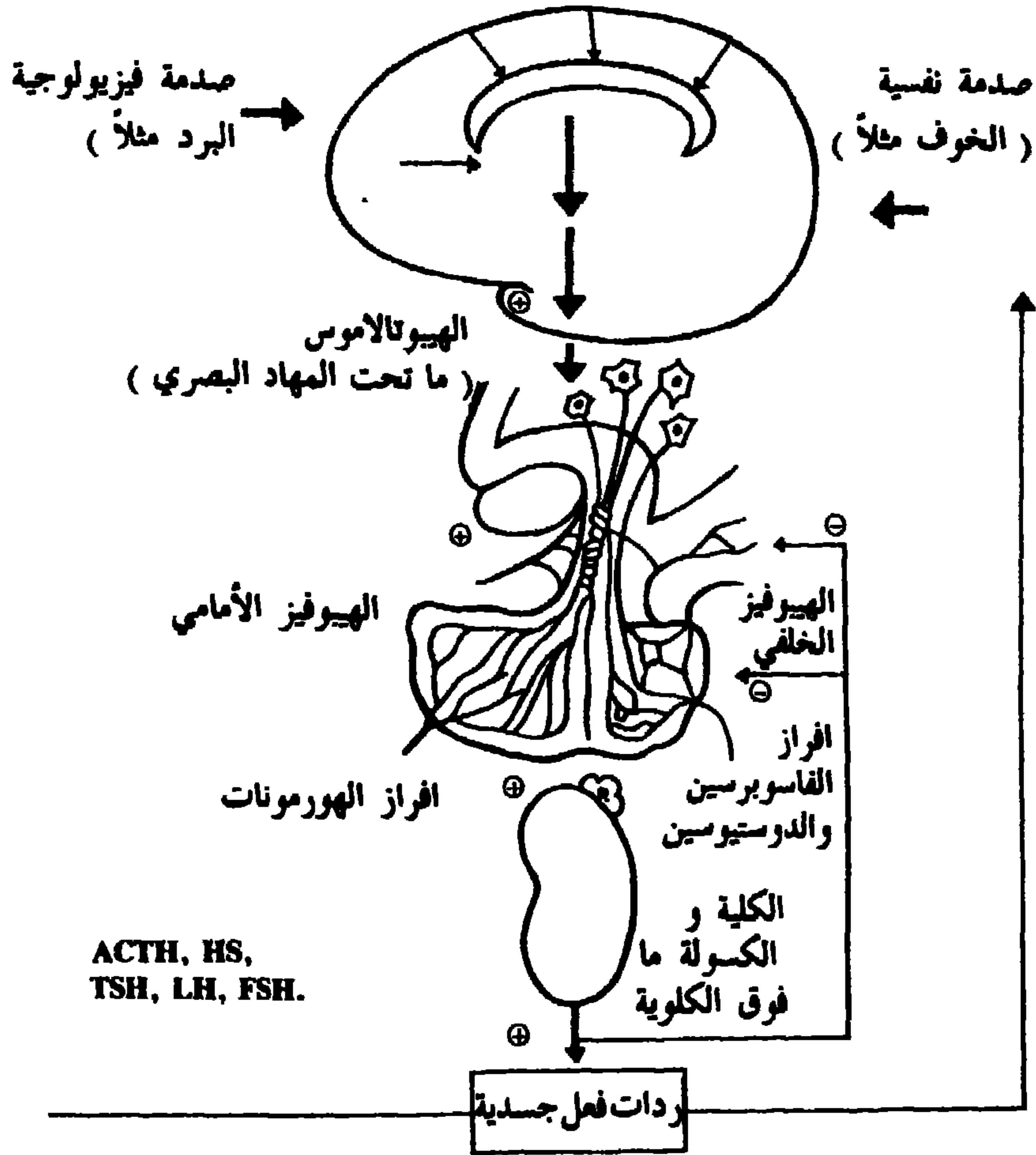
يأتي على النحو التالي: يقوم اللحاء الدماغي بانتقاء وتحديد نوعية ردود الفعل أثناء المعاشات الوجدانية. إلا أن اظهار وتنفيذ ردود الفعل فهي من اختصاص الهيبوتالاموس.

وفي العام ١٩٥٠ استطاع العالمان ليندسلي (Lindsley) وارنولد (Arnold) أن يكملوا هذه النظرية وأن يسدا بعض ثغراتها. وذلك من خلال شرحهما لآلية التنشيط (Activation). هذه الآلية التي تستطيع أن تشرح لنا أسباب استمرار أو حتى زيادة أثر المعاشات الوجدانية السابقة. فهذه النظرية تقول بأن المثير يحدث تهييجا يصل الى المركز الخاص به في اللحاء. وعندما يبدأ المرء بوعي المثير وفي هذه اللحظة يكف اللحاء عن كبح الهيبوتالاموس بحيث يتيح له ممارسة التأثيرات المتلائمة مع المثير. وهذه الرابطة بين اللحاء والهيبوتالاموس تلعب دوراً مزدوجاً. فهي من ناحية تقوم بإرسال السائل العصبي (influx Nerveux) الضروري لمواجهة المثير. أما من ناحية أخرى فهي تقود التيار العصبي (Flux Nerveux) من المحيط نحو اللحاء متيحة بذلك امكانية دعم واستمرار وتقوية ردة الفعل.

ولا بد هنا من الإشارة الى الاضافة التي أتى بها العالم ماك لين (Mac lean) من خلال دراساته على الجهاز الهامشي (الليمبي) (أنظر الصفحة التالية) وآرائه في التكامل السلوكي. بحيث أصبح بالامكان تحديد دائرة مغلقة للفعل ولردة الفعل.

وهذه الدائرة تستطيع ان تفسر لنا ما يجري بشكل متكامل. وهذه الدائرة العصبية المغلقة هي: لحاء دماغي - هيبوتالاموس - أعصاب محيطية - هيبوتالاموس - لحاء دماغي (Cortico - perferico Hypothalamo) - Cortical - Hypothalamique. هذه الدائرة العصبية تستطيع أن تفسر لنا الآلية المسؤولة عن الاستمرار التلقائي للمعانة الوجدانية التي تدوم طويلاً.

وهذه النظرية تعتبر نقلة هامة في فهم وظيفة الجهاز العصبي. وذلك من خلال تخطيطها دراسة الدماغ من حيث بنيته الى دراسة الأدوار الوظيفية للدماغ. فهذه النظرية قادرة على شرح تكامل البواعث والطاقة والوجدانية.



وهذه الصورة تشرح لنا المشاركة القائمة بين الجهاز العصبي من جهة وبين الغدد الصماء من جهة أخرى. هذه المشاركة التي تتم اثر مواجهة الجسد لصدمة ما. سواء أكانت نفسية (كالخوف مثلاً) او فيزيولوجية (كالتعرض للبرد مثلاً).

وفي كلتا الحالتين نلاحظ ان الجهاز العصبي يتفاعل بنفس الطريقة. فالمثير يؤدي الى تهيج الهيبوتالاموس (ما تحت المهاد) مما يؤدي الى افراز الغدة النخامية للهرمونات: T.S.H. A.C.T.H. , L.H و F.S.H وهذه الهرمونات تصب في الدم وعن طريقه تصل الى الغدة الكظرية اللاحائية حيث تقوم بمراقبة افراز الـ A.C.T.H. وتشجيع ردات الفعل الجسدية الكفيلة بمقاومة اثار الصدمة.

ومن المهم أن نلاحظ للرابطة العصبية - الهرمونية الدقيقة القائمة بين الهيبوتالاموس والغدة النخامية، اذ نلاحظ ان الهيبوتالاموس يفرز الهرمونات (Releasing factors) التي تؤدي بدورها الى افراز الهرمونات النخامية (A.C.T.H- L.H- T.S.H. F.S.H).

ج- تكون الوجدان ونموه لدى الطفل: خلال العام الأول من عمره يعيش الطفل البشري حالات وجدانية بدائية، فطرية ومتقلبة. كما أن المعاشات الوجدانية في هذه السن تكون قصيرة الأمد ولكنها تؤدي الى ردود فعل واسعة وشاملة.

وفي مرحلة لاحقة من حياة الطفل تمتد لعمر ٣ - ٤ سنوات يبدأ الطفل بفهم واستيعاب معنى الانفعال والتفاعل. الا ان طفل هذه السن يبقى مقيدا بما يعرض عليه محيطه. الا أنه يجيب بحزم بسرعة، بعنف ودون أن يتردد كثيرا في الانتقاء. أما في السن المتراوحة بين ٣ و ٦ سنوات فاننا نلاحظ لدى الطفل اولى علائم القدرة على تعديل واخفاء معاشاته الوجدانية. فطفل هذه السن يقوم بالانتقاء ويفضل بعض الدمى أو الألوان أو الملابس على أخرى. ولكن المعاشة الوجدانية في هذه السن تبقى قصيرة المدى وغير ثابتة وخاضعة لتأثير الايحاء والرغبة في تقليد الكبار. وفي هذه المرحلة يجب علينا ان نهذب نوق الطفل وأن نوقظ لديه الاحساس بالجمال والخير.

أما المرحلة الدراسية الممتدة من سن ٦ الى ١٦ سنة. فهي تشهد نضج
العواطف وعقلنتها. وفي هذه المرحلة يتجسد النمط الحياتي للشخص وفقا للمثل
العياء، التقاليد والابطال الموجودين في محيطه.

د- السلوك الوجداني: ان تحديد السلوك الوجداني لشخص ما هو أمر في غاية
الصعوبة. اذ ان العوامل المكونة لهذا السلوك والمؤثرة فيه هي عوامل متشعبة
ومتداخلة بشكل يصعب معه حصرها او حتى تحديدها. وسنقتصر هنا على مناقشة
الخطوط العريضة للعوامل المؤثرة في السلوك الوجداني. وهذه العوامل هي:

١- الحالة المزاجية.

٢- الغرائز.

٣- التأثير او الانفعال.

٤- العواطف والأهواء.

١- الحالة المزاجية:

إن التناغم الانفعالي- الوجداني للحياة النفسية يرتكز على مجموعة من
التأثيرات الخارجية والداخلية الخاصة بكل شخصية على حدة. والروابط القائمة بين
هذه التأثيرات هي التي تحدد مدى تكامل الملكات والقدرات العقلية.

وبإمكاننا اعتبار المزاج بمنزلة الميزان الحقيقي للقوى العقلية المتحكمة في
التوازن النفسي. فمن الملاحظ بأن أي تغيير أو اضطراب، يحصل على الصعيد
الجسدي، يؤدي الى تغير الحالة المزاجية. هذا وقد تعودنا على وصف المزاج بأنه
جيد او سيء، بأنه مستحب او بغض.

ويقسم الطب النفسي اضطرابات المزاج وفقا لخطتين متعامدين: أولهما يقسم
الحالات المزاجية من حيث حدتها وديمومتها الى ثلاثة أنواع هي:

أ- المزاج الزائد الانفعال (Hyperthymie).

ب- المزاج الغائب الانفعال (اللامبالي) (Athymie).

ج- المزاج المتدني الانفعال (Hypothymie).

أما الخط الثاني فيقسم اضطرابات المزاج، وفقاً لانعكاسها على السلوك الى قسمين هما:

د- المزاج النظير الانفعالي Parathymic.

هـ- المزاج العسير (المؤلم) (Dysthymie).

أ- المزاج الزائد الانفعال (ارتفاع التأثير الوجداني) : وهذا النوع من اضطرابات المزاج تمكن مصادفته في أمراض نفسية وعقلية متعددة مثل: الذهانات المتبدية بزيادة الانفعال، الصرع، انشاء النشوة الصوفية لمرض الصرع، حالات المرح المصاحبة لتعاطي المخدرات وفي بعض حالات التخلف العقلي... الخ.

ب- المزاج الغائب الانفعال (اللامبالي): ويتبدى هذا المزاج من خلال لا مبالاة وجدانية مبالغ فيها. ويحدث احياناً ان تترافق هذه اللامبالاة بالهلوسات وهذا ما نصادفه لدى بعض مرضى الفصام بشكل خاص.

ج- المزاج المتدني الانفعال (الهامد): ويتميز بتناقص الصدى الوجداني والاندفاع الحيوي للشخص ومثل هذا الاضطراب المزاجي تمكن ملاحظته في حالات رضوض الجمجمة، وفصام الشخصية وفي غالبية حالات الخبل. وتجدر الاشارة هنا بأن الكآبة ليست حالة جمود وتدني انفعالي كما قد يخیل لنا للوهلة الاولى ولكنها حالة ارتفاع في التأثير الوجداني. هذا الارتفاع الذي يجعل المريض يضخم عوامل حزنه مما يرفع تأثيرها الوجداني على مزاجه بحيث يصبح كئيماً.

د- المزاج العسير: أو المزاج المؤلم ويتبدى هذا المزاج من خلال الخطوط العريضة التالية: مزاج حزني يتراوح بين الألم الاخلاقي، أي التركيب الانهياري،

ولكن تعكر المزاج هذا يمكن أن يصل الى مرحلة الانتقباض الشاق والمكدر الذي يمتد الى التفكير ككل ويطبع المزاج بالخوف من الوحدة او رهاب الذات (Egophobie) ومثل هذه الحالة تميز عصاب فيرا (Névrose Vera) الا أن هذا المزاج العسير ممكن أن ينشأ عن حالات الألم المعنوي المترافق مع العمى العقلي كما يحدث لدى مرضى كآبة القلق.

والحقيقة ان المزاج العسير كثيرا ما يصاحب حالات الانهيار الارتكاسي، ذهانات التقهقر بسبب التقدم في العمر، حالات الصرع (فترة ما بين النوبات) وكذلك في حالات النوراستانيا... الخ.

هـ- المزاج النظير الانفعالي: وهذا الاضطراب المزاجي هو مرحلة تطويرية للمزاج العسير. وهو يحدث عندما يتلازم الألم المعنوي والحالات المكدرية مع الحساسية المفرطة والخوف والعصبية. وهذه الحالة المزاجية تلاحظ بشكل خاص لدى بعض مرضى الصرع وكذلك في حالات الهذيان الحاد المترافق مع الخبل الحلمي. واخيراً لدى مدمني المخدرات في فترات منعهم عن تعاطيها.

٢- الغرائز:

تعرف الغريزة على أنها ملكة القيام بأفعال معينة ومحددة تتفق مع الوراثة دون أن تكون هنالك حاجة لتعلم هذه الأفعال.

ويتفق العلماء اليوم على تقسيم الغرائز الى مجموعتين كبيرتين هما:

١- الغرائز المؤدية للحفاظ على الذات (البقاء) وفيها تدخل غرائز التغذية والدفاع عن النفس... الخ.

٢- الغرائز الهادفة للحفاظ على النوع ومنها غرائز الانجاب والأمومة.. الخ.

أما عن مواقف العلماء من الغرائز. فقد كانت هذه المواقف شديدة التباين ففي حين يعلق فرويد الأهمية القصوى على الغرائز والجنسية منها بشكل خاص، فإننا نلاحظ أن لورنز (K. Lorenz) يؤكد بأن الغرائز قابلة للتهديب والتأثر بالمحيط.

وأخيراً فإن علماء الجراحة العصبية استطاعوا أن يثبتوا بأن التحكم في الغرائز هو من الأمور الممكنة خاصة بعدما حددوا المناطق الدماغية ما تحت اللحية المتحكم بهذه الغرائز (راجع الصورة التي تبين روابط التالاموس).

هذا وقد استطاع العلماء أن يدخلوا الكثير من الموضوعية على معرفتنا لهذه الغرائز وذلك من خلال اكتشافهم لتلك الناقلات العصبية المسماة بالاندورفين^(٦). ذات المفعول المخدر الذي يفوق مفعول المورفين بعشرات الأضعاف. فقد أثبتت التجارب بأن من شأن هذه الناقلات أن تتحكم بالمزاج أيضاً بالغرائز. ولن نطيل الشرح أكثر من هذا. وسنبداً باستعراض اضطرابات الغرائز:

أ- اضطراب غريزة التغذية: وهذا الاضطراب يمكن أن يتظاهر بأشكال ومناسبات عديدة:

١- النهام: زيادة كمية الأكل المتناولة وهذه الزيادة ممكن أن تنجم عن أمراض عقلية (تخلف عقلي، العته، فصام الشخصية... الخ) أو أمراض نفسية كالانتهيار الارتكاسي أو أمراض عضوية مثل أمراض البنكرياس، السكري أو أورام الدماغ الأوسط.

٢- العطش الزائد: أي زيادة شرب السوائل وهي صفة مميزة للعصابات بشكل أساسي ولكننا يجب ألا ننسى السكري الكاذب.

٦- الاندورفينات أو مورفينات الدماغ (Endorphines) هي ناقلات عصبية- كيميائية يفرزها الجهاز العصبي على صعيد الدماغ بصورة خاصة. وهي تملك خصائص مخدرة شبيهة بخصائص المورفينات.

٣- انخفاض الشهية: هذا الانخفاض يمكن أن يصل لغاية الامتناع الكلي عن الطعام (إباء الطعام) وفترات طويلة كما في حالة عصاب الخلفة العقلي^(٧). كما يمكن أن تصادف انخفاض الشهية في حالات القلق والانهيار والادمان والكآبة... الخ.

٤- شذوذ الغريزة الغذائية: وهذا الشذوذ يتبدى بأشكال عديدة منها:

أ- أكل البراز (فضلات الأمعاء) (Coprophagie) تصادف في حالة الفصام المزمن المتطور.

ب- أكل الأشياء الغريبة (Alotriophagie): مثل أكل الزجاج، الفحم، الطباشير، المسامير... الخ وهذه تصادف في الاضطرابات النفسية المرضية او في حالة المساومة مع المحيط.

ج- الوحام او شهية الحامل: ومنها رغبة الحامل في أكل الأشياء المالحة وفي بعض الحالات المتطرفة اكل الوحل المالح وهذا يدخل في الاضطرابات النفسية المرافقة للحمل.

ب- اضطراب الغريزة الجنسية:

١- ازدياد الرغبة الجنسية او الشبق: وتلاحظ مثل هذه الزيادة في حالات الهستيريا والتخلف العقلي وبداية حالات العته وكذلك في حالات الهوس. والشبق يمكن أن يؤدي الى ارتكاب أفعال مناقية للحشمة (اغتنصاب، تهتك، شذوذ... الخ).

٧- عصاب الخلفة العقلي (Anorexie Mentale) او القهم: حالة مرضية تتبدى لدى الفتيات في سن المراهقة بمظاهر الامتناع عن تناول الطعام (إباء الطعام) والتقيؤ الارادي عقب تناول أي طعام. إضافة لانقطاع العادة الشهرية و بروز مظاهر الهزال العيادية. للتعمق في هذا الموضوع انظر: محمد أحمد النابلسي: الهزال وعلاجه النفسي، الرسالة- الايمان ب.ت.

٢- انخفاض الرغبة الجنسية أو البرودة الجنسية (مرأة) أو العفة (الرجل): وهذا الانخفاض يظهر في حالات الارهاق، الالتهار، النوراستانبا (العياء) انحراف الغريزة أو الإلتمان على المخدرات أو تعاطي المهدنات.

٣- الشذوذ الجنسي: ويمكن أن ينشأ عن أسباب متنوعة كالعقد النفسية الفرويدية، أو الاضطرابات الهرمونية أو تحت تأثير المحيط أو نتيجة للأمراض النفسية أو العقلية. والشذوذ على أنواع عديدة نذكر منها:

١- اللواط وهو ممارسة الجنس بين ذكرين.

٢- السحاق وهو ممارسة الجنس بين امرأتين.

٣- شذوذ العمر: وهو عبارة عن اختيار رفيق جنسي (سوي أو غير سوي) من عمر غير مناسب. كان يكون الشريك طفلا (pedophilie) أو أن يكون مسنا (Gerontophilie).

٤- الفيتشية: وهي التعلق بالملابس والأشياء ذات المغزى الجنسي.

٥- المازوشية: وهي عبارة عن الرغبة في التعرض للعذاب أثناء الممارسة.

٦- السادية: وهي لذة تعذيب الشريك الجنسي.

٧- الاستمنا: وهو الكفاية الجنسية الذاتية. وتصادف في حالة غياب الشريك الجنسي أو عدم توفره. وكذلك لدى الخائفين من السفلس والايذز وايضا عند أولئك الذين تعرضوا لاحتباط جنسي اضافة الى الشبيين.

٨- ادمان الجنس: وهو عبارة عن ممارسة الجنس دون وجود رغبة حقيقية

فيه: البغاء، الاجبار، الخوف الخ...

٣- التأثير والانفعالات:

إن الانفعال هو الطريقة الخاصة التي يعيش وفقها الشخص احساسه الذاتي لوعيه ولنشاطاته. والانفعال يؤثر مباشرة في التوازن العصبي- الهرموني والتوازن الغريزي وكذلك في دوافع الشخص الذي يعيشه.

فالانفعال هو اذا الطريقة النفسية - الفيزيولوجية للمعاشات الذاتية. وتتميز الانفعالات بظهورها المفاجئ، ديمومتها القصيرة ولكن ايضا حدوثها وتأثيرها على الجسد فهي تؤدي الي مشاركة الجهاز العصبي - النباتي والجهاز الغددي بشكل مرهق وفعال.

ولا بد لنا من لفت النظر الى الاضطراب الانفعالي. هذا الاضطراب المتميز بالانتقال السريع من حالة عاطفية الى اخرى بسرعة. مثل الانتقال المفاجئ من الضحك الى البكاء، ومثل هذا الاضطراب يصادف في حالات الهستيريا، تناذر القلق الانهيارى، حالات العته الناجمة عن الشيخوخة أو عن سوء تغذية الدماغ وكذلك في حالة المصابين بحادث شبيه بصيلي Pseudobulbaire^(٨) حيث يصبح الانتقال من الضحك الى البكاء عشوائياً ولا يمكن أن نجد له أي مبرر. هذا الوضع الذي يمكن ان يعيه المريض نفسه.

٤- العواطف والاهواء:

اذا كانت الغرائز والانفعالات لا تخضع كثيراً لسيطرة الوعي ورقابته فإن العواطف والاهواء تخضع لهذه السيطرة. فالعواطف هي وسيلة التقدير الذاتية

٨- تناذر شبيه بصيلي Pseudo - Bulbaire: هو تناذر عصبي يمتزج فيه الاختلاط العقلي، بدرجاته المتفاوتة، مع مظاهر عصبية معقدة تطل نواحي الحركة وال ضبط. وهو يأتي غالباً عقب اصابة شلل نصفي والمصاب به خطوة مميزة (خطوة صغيرة مترددة) - انظر اضطرابات المشية في فصل الفحص الطبي العام.

للشخص. هذه الوسيلة المؤثرة في تلقي الشخص للانطباعات. وهي تعتمد أساساً على تجربة الشخص الذاتية.

والعاطفة هي مرحلة متطورة للمعيشة الوجدانية تتجلى بتفاعلات فكرية - مزاجية تعكس الذكاء الانساني في تطوره التاريخي - الاجتماعي وذلك من خلال المحتوى الاخلاقي، الجمالي والذهني لهذه العواطف. وظهور العواطف يبدأ عادة معقداً، بطيئاً وتدرجياً. وتستمر العواطف عادة لفترة طويلة ولكن تطورها يكون بطيئاً ومعتدلاً. وخلال ذلك فان العواطف تسيطر على الشخصية برمتها.

والعواطف السوية لكي تظهر يجب ان تكون مدعمة بتربية حسية - اخلاقية، تطور طبيعي لقدرات الشخص الذكائية وبتفكير متزن (هو الذي يحدد العواطف في أغلب الاحيان).

والاضطراب العاطفي يمكن أن يظهر في حالات وأوضاع مختلفة، وخاصة في حالات الأمراض النفسية. هذه الأمراض التي تترافق دائماً بالاضطراب العاطفي. أما أنواع الاضطراب العاطفي فهي متعددة نذكر منها:

- ١- الشعور بالدونية وعدم الاكتفاء، لدى مرضى العصاب.
- ٢- الأنانية البالغة الحدة لدى المرضى النفسيين مضطربي الشخصية.
- ٣- الغيرة والاستبداد لدى مدمني الكحول.
- ٤- الشعور بالغربة (لغاية رفض الاعتراف بالوالدين) لدى مرضى فصام الشخصية.
- ٥- الغرور وزيادة تقدير الذات لدى مرض العظام.
- ٦- إنكار الأنا لدى المعتوهين.

وفي نهاية حديثنا عن الوجدان. نقول بأن تحديد الاضطرابات الوجدانية يقتضي منا أن نقوم بمراقبة المريض لفترة كافية. بحيث ندعه يتصرف على سجيته ودون أن يحس بأنه مراقب.

ومن أهم الملاحظات التي يجب تدوينها في هذا المجال هي مدى تطابق قناعات الشخص مع طريقته في الاعراب عنها. إذ قد يخفي المفحوص أفكاراً ذهانية. كما أنه قد يعرض لمثل هذه الأفكار دون أن يكون مقتنعاً بها.

أما إذا أردنا التعمق في دراسة الوجدان فعندها يجب علينا أن نلجأ لاستخدام اختبارات الشخصية على أنواعها.

٢- المعرفة

إن المفهوم النفسي للمعرفة يمثلها على أنها القدرة على وعي مجموعة من المعلومات التي يحويها الحقل العقلي (Champ mental) في لحظة ما. وكذلك فإن المعرفة هي الطريقة التي تنظم وفقها المعلومات بحيث يمكن استخدامها في وجوها مختلفة من أجل التكيف مع المحيط والتكامل فيه.

والمعرفة تعتمد على ملكتين أساسيتين هما:

١- الفهم

٢- التعلم.

١- الفهم:

يعتبر الفهم والاستيعاب أولى وسائل التكيف مع المحيط والتكامل فيه. فالفهم هو عبارة عن الصورة الذاتية المعقدة والموحدة التي تحدد في الوعي كمبدأ فكري-مزاجي. وذلك من خلال انعكاس خصائص الأشياء والظواهر الطبيعية التي تمارس تأثيرها دون انقطاع في أنوات الحس (العين، الأذن،... الخ) وبهذا فهي تحدد احساسات يطلها الدماغ ويركبها بشكل ربود فعل ارتكاسية في القشرة الدماغية.

وهكذا نلاحظ بأن الفهم يتعلق مباشرة بالمزاج، وكذلك بالتفكير. وكذلك نلاحظ بأن طريقة الفهم هي القاعدة التي تساعد على حدس وتبين مفاهيم الزمان، المكان، الحركة وكذلك حالة الجسد.

والحقيقة ان الانعكاس الواضح للعالم المادي في وعينا انما يرتفع بارسال هذا العالم للمهيجات التي تستطيع حواسنا ان تفهمها. فالانسان البشرية لا تلتقط من الاصوات الا تلك المترابطة بين (١٦ - ٣٢٠٠٠ Vib/ Sec) والحقل العقلي للانسان يحتوي على مجموعة من المعلومات والاحساسات الاصلية وعملية الفهم هي كناية عن استقبال المعلومات الجديدة (من خلال اجهزة حسية معقدة متمثلة في الواقع مرحلة من مراحل الفهم. وهو يعتمد على المستقبلات الحسية التي تنقسم الى:

أ- مستقبلات حسية- ميكانيكية: وتتمثل هذه المستقبلات بالجلد، المفاصل، العضلات والأغشية المبطننة... الخ.

ب- مستقبلات حسية- كيميائية: وتتمثل في حاستي الشم والذوق.

ج- مستقبلات حسية- كهرومغناطيسية: وتتمثل في حاسة النظر وكذلك الاحساس بالحرارة.

وانتقال المعلومات من العالم الخارجي الى اللحاء الدماغي. يفرض على هذه المعلومات ان تمر عبر شبكة معقدة من الألياف والوصلات العصبية وأثناء مرور هذه المعلومات فان الجهاز العصبي يقوم بتحويلها. وهذا الانتقال يعتبر بمثابة تنقية لهذه المعلومات ومراقبة الاحساس العصبي القادم الى اللحاء. وتتم هذه المراقبة من طريق الوصلات العصبية المعكوسة (Connexions inverses). ومن شأن هذه المراقبة ان تصحح أخطاء المعلومات الواردة (اذا وجدت مثل هذه الاخطاء).

وعندما تصل المعلومات الى اللحاء تجري لها هناك عملية ترابط الاشارات (Corrélation des messages) وذلك على شكل مجموعات من الرموز وهكذا

نستنتج بأن القشرة الدماغية تجري وبشكل دائم عمليات تحليل للمعلومات وتركيب الرموز لها.

وفي النهاية تصل المعلومات (بشكل رموز يمثلها احساس عصبي وتغيرات كيميائية)^(٩) الى المركز الرئيسي (المختص بتحليلها وفهمها) الموجود في الدماغ^(١٠) والذي يحولها الى احساس مفهوم.

أما عن الطريقة التي يتوصل جهازنا العصبي من خلالها الى فهم الأشياء فإننا لا نعرف سوى قسماً منها^(١١).

وفي النهاية نذكر بأن عملية الفهم لدى الطفل تنمو من خلال تعلمه. فكلما تعلم الطفل زادت قدرته على الفهم والادراك.

أما لدى البالغ فإن عملية الفهم تصبح أكثر تعقيداً فهي تصبح قابلة للتوجيه وللاستقاء.

٢- التعلم:

ان عملية التعلم هي ثاني العوامل المحددة للمعرفة. وهذه العملية تعتمد في اساسها على ثلاثة عوامل رئيسية هي:

أ- الجهاز العصبي المركزي: ومدى تطور هذا الجهاز هو الذي يحدد مدى قابلية التطور ومدى امكانيات التعلم.

٩ - يوجد الدماغ البشري في حالة من الاختمار الدماغى المميزة بتوازن كيميائى فائق التعقيد. وتتغير هذه الحالة بتغيير الاقرازات الدماغية. أما التغيرات المشار لها هنا فهي ناجمة عن تحرك الناقلات العصبية - الكيميائية (Mediateurs Chimiques) التي تفرز كي تنقل المعلومات من الدماغ واليه.

١٠ - هذا التحليل يطرح اشكالية شائكة تلخص بالسؤال: كيف يعمل الدماغ؟

١١ - تميل غالبية العلماء الى القول باستحالة توصلنا لفهم هذه الطريقة. وبعضهم يطرح المسألة على أن الكمبيوتر لا يستطيع ان يرمج نفسه بنفسه.

ب- الظروف العائلية والمادية.

ج- المحيط الذي ينشأ فيه الطفل.

د- العمر الذي يتم خلاله التعليم.

ولعله من المفيد أن نستعرض مراحل التعلم. وهذه المراحل هي التالية في رأي الطب النفسي^(١٢).

١- المرحلة الأولى: الممتدة من سنة إلى ثلاث سنوات. وفي هذه المرحلة نلاحظ أن ملكة الفهم تتطور بشكل اجمالي وأولي. وذلك بحيث تنحصر عملية الفهم في نطاق الأشياء البسيطة، الثابتة والمعروضة أمام الطفل بشكل دائم.

٢- المرحلة الثانية: وتمتد هذه المرحلة من سن ثلاث إلى ست سنوات. وخلال هذه المرحلة نلاحظ توسعا في عملية الفهم بحيث يبدأ الطفل بامتلاك القدرة على ادراك المفارقات المختلفة للمعلومات المستقبلية. وكذلك فإن طفل هذه المرحلة يميز بين الأشكال وكذلك بين الألوان. وايضا يجب الانتباه الى ان الطفل يبدأ في هذه المرحلة بادراك هيمنة المجرّد (التجريد) وتفوقه.

إلا أن مفاهيم الزمان والفضاء لدى هذا الطفل تبقى مفاهيم غامضة وغير ثابتة الى حد بعيد.

٣- المرحلة الثالثة أو المرحلة المدرسية: الممتدة من سن ٦ سنوات الى عشر سنوات. وهذه المرحلة تحمل معها تطورا ذهنيا ملحوظا تتجلى أولى مظاهره بدقة الملاحظة. حيث نلاحظ كثرة الأسئلة والتساؤلات لدى الأطفال في هذه

١٢ - هذه المراحل مبنية على اساس مراقبة النمو العضوي النفسي للطفل. حيث وضع الطب النفسي جداول تحدد علام هذا النمو في كل مرحلة عمرية. للتعمق انظر: محمد احمد النابلسي: نكاه الرضيع، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

المرحلة. كما يلاحظ لدى أولاد هذه المرحلة اتساع دائرة الاحساسات. هذا الاتساع الذي يتوج بهيمنة حاسة البصر على بقية الحواس.

٤- المرحلة الرابعة أو مرحلة البلوغ: وتشهد هذه المرحلة تنامياً ملحوظاً في مختلف القدرات الحسية وخاصة البصرية منها. وأثناء هذه المرحلة تصبح عمليات الفهم متسمة بالحيوية وبالمعايشة الوجدانية القوية.

كما أن مرحلة البلوغ سمة مميزة ففيها يعيش الولد مركزاً على حاضره ومهتماً به. وذلك دون التفكير في الماضي أو في المستقبل.

٥- مرحلة المراهقة: وتشهد هذه المرحلة تنامي الولد وبداية نضجه. وبالطبع فإن ملكات الفهم والقدرة على التعلم تواكب هذا التطور الذي يبلغ مداه في نهاية هذه المرحلة وذلك بحيث يتركز نمو ملكات الفهم في الاتجاهات والميادين التي يختارها المراهق. أي التي تلائم مزاجه.

ولكن ملكات الفهم تبدأ بالتناقص تدريجياً مع تقدم الإنسان بالسن ومع اقترابه من سن اليأس (بالنسبة للمرأة) ومن القمة الرجولية (Climax viril) بالنسبة للرجل. وهذا الانخفاض في ملكات الفهم، بسبب السن، يتبدى من خلال انخفاض القدرة على تحليل المعلومات الواردة. وفي أقصى حالاته فإن هذا الانخفاض يصل إلى حد الخرف.

٣- اضطرابات الفهم:

في الواقع أن هنالك بواعث عديدة لاضطرابات الفهم. ومن الملاحظات التي سجلها العلماء أن الحرمان الحسي المتمثل بعدم استعمال الحواس (كما في غسيل الدماغ) أو الإمتناع عن استقبال المعلومات لمدة معينة (العمى أو الصمم الهيسثيري... الخ) من شأنه أن يؤدي في النهاية إلى اضطراب ملكات الفهم.

وانطلاقاً من هذا المبدأ تنشأ اضطرابات الفهم لدى رجال الفضاء بعد عزلهم في غرف منفردة معدة للتمرين على انعدام الجاذبية أو لدى البحارين الذين يقومون منفردين برحلات بحرية طويلة الأمد. وأخيراً فإن الحرمان الحسي هو الأساس الذي تعتمد عليه عمليات غسل الدماغ ولذا كان سبب اضطراب الفهم فإن لهذا الاضطراب أنواعاً عديدة هي:

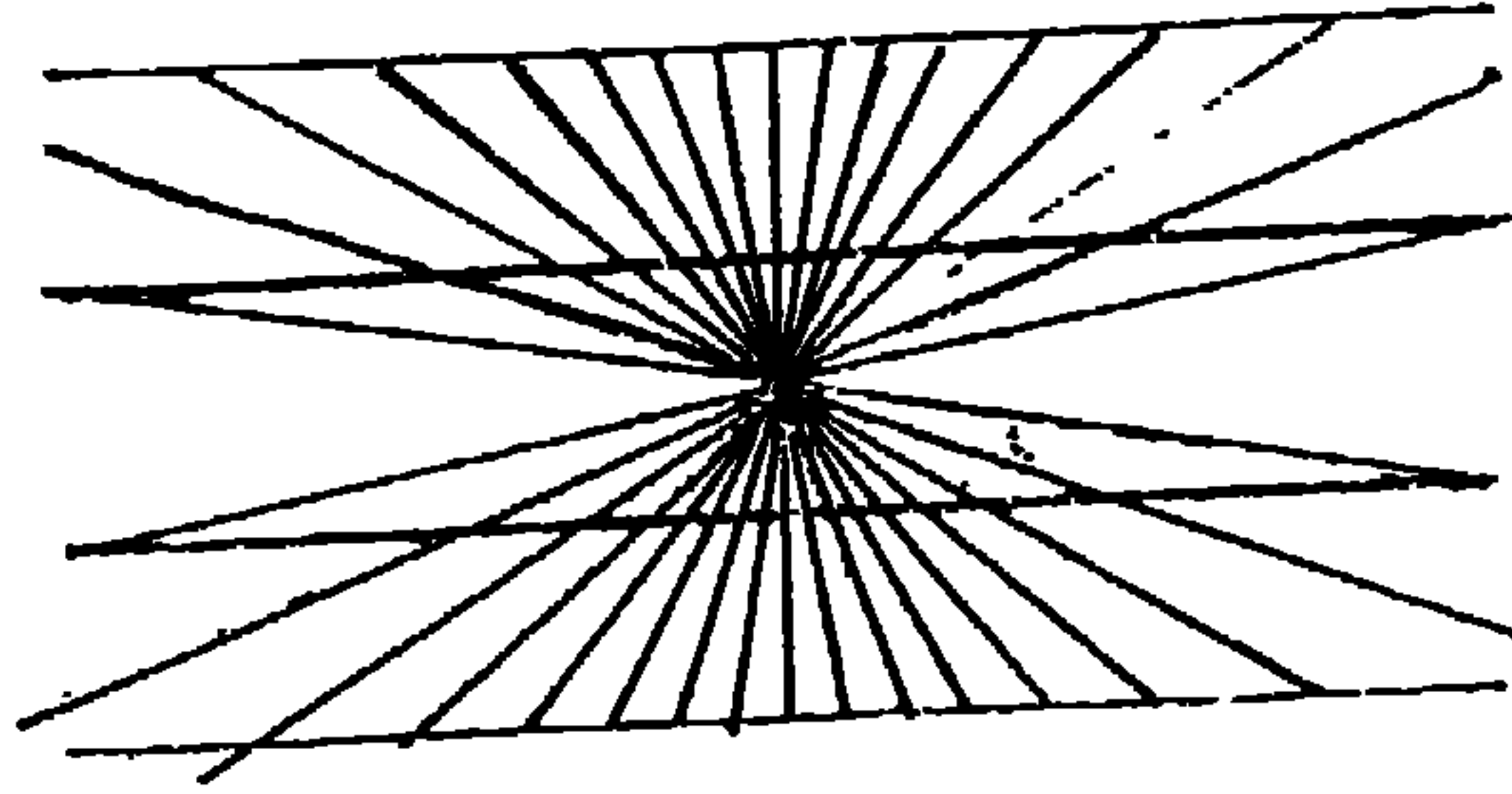
أ- التهييج الحسي (Hyperesthésie): ونعني به الحساسية المبالغ، وتهييج الحواس المستقبلية للآثار. وهذا التهييج ممكن أن يعم عدداً من أدوات الحس أو أن يقتصر على أداة واحدة منها (الجلد عادة). وحالات التهييج الحسي ممكن أن تنشأ نتيجة لتعاطي المهيجات (قهوة، امفيتامين، قات، كوكايين،... الخ) أو نتيجة لوجود أمراض نفسية معينة مثل النوراستنيا، عصاب القلق... الخ).

ب- الهمود الحسي (Hyposthésie) ونعني به انخفاض الحساسية المؤدية إلى تباطؤ ملكات الفهم. وذلك نتيجة لهبوط قدرة أدوات الحس على استقبال المعلومات. وهذا الانخفاض في الحساسية يمكن أن يعود في أسبابه إلى حالات نفسية مرضية مثل الانهيار، الارهاق النفسي، الاستنفاد الجسدي أو السهر... الخ، كما يمكن أن ينجم انخفاض الحساسية عن أسباب غذائية (تسمم، سوء تغذية... الخ).

ج- انعدام الاحساس (Amésthésie): ونعني بها حالة انقطاع أدوات الحس عن استقبال المثيرات الواردة إليها والمعروضة أمامها. وهذا الانقطاع ممكن أن ينجم عن الأمراض العصبية أو عن الأمراض النفسية مثل العصاب الهستيرى (عمى، شلل... الخ) كما أن هذا الانعدام ممكن أن ينجم أخيراً عن بعض الأمراض العقلية مثل بعض حالات التخلف العقلي أو الاختلال العقلي.

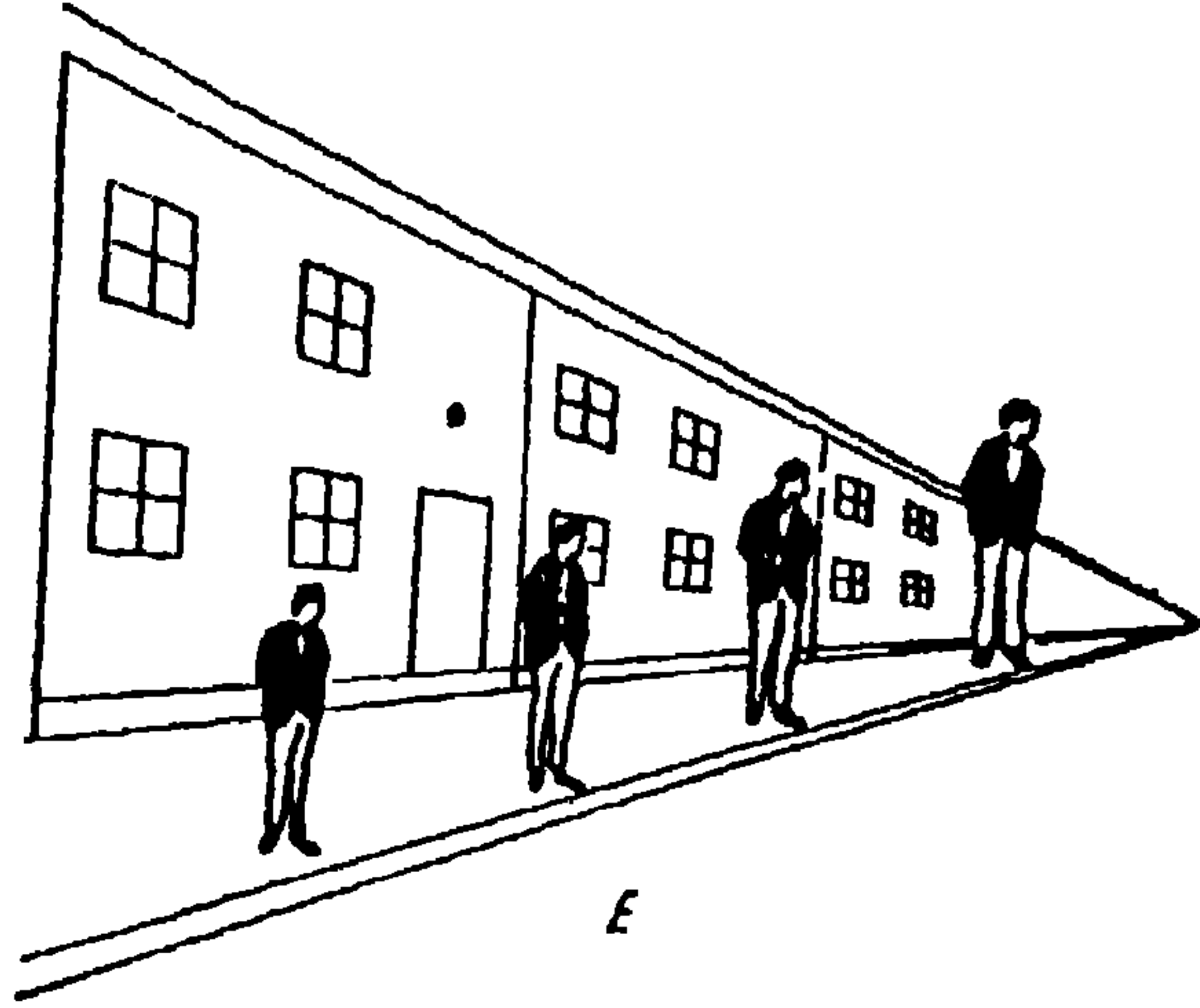
هذا ويعتبر العالم يوجين مينوكوفسكي E. Minkowski^(١٢) بأن هنالك نوعاً خاصاً من حالات انعدام الحس. وهي حالة انعدام الحس النفسية المتجلية بشلل التفاعل الوجداني والمزاج. وذلك بحيث يعجز المريض عن انتقاء الاجابة الملائمة لما يعرض عليه من أسئلة (بسبب العجز عن استقبال السؤال وبالتالي فهمه). ويعتبر هذا العالم بأن الشلل النفسي للفهم ممكن أن يحدث في حالات نفسية متنوعة مثل الألم المعنوي، الشعور بالذنب، الانهيار، الكآبة... الخ.

د- الأوهام (Illusions) والوهم هو الفهم المشوه للأشياء. بحيث تفهم الأشياء على غير حقيقتها. ومثل هذا التشويه ممكن ان ينشأ عن أسباب عديدة متنوعة مثل التعب الجسدي او الفكري أو نتيجة الإصابة بمرض نفسي. وتشويه الفهم يأتي ليعكس اضطرابات الدماغ أو ليعكس الايحاءات المرضية التي تشجعها حالة الاضطراب النفسي. ولعل افضل مثال نعطيه على الأوهام هو ذلك المتمثل في الصورة التالية:



وتعرف هذه الصورة بوهم Hering حيث تبدو لنا الخطوط الأفقية وكأنها مقوسة، مع أنها أفقية تماماً، ووهم التقويس هذا انما ينشأ عن الخطوط الموجودة في مركز الصورة.

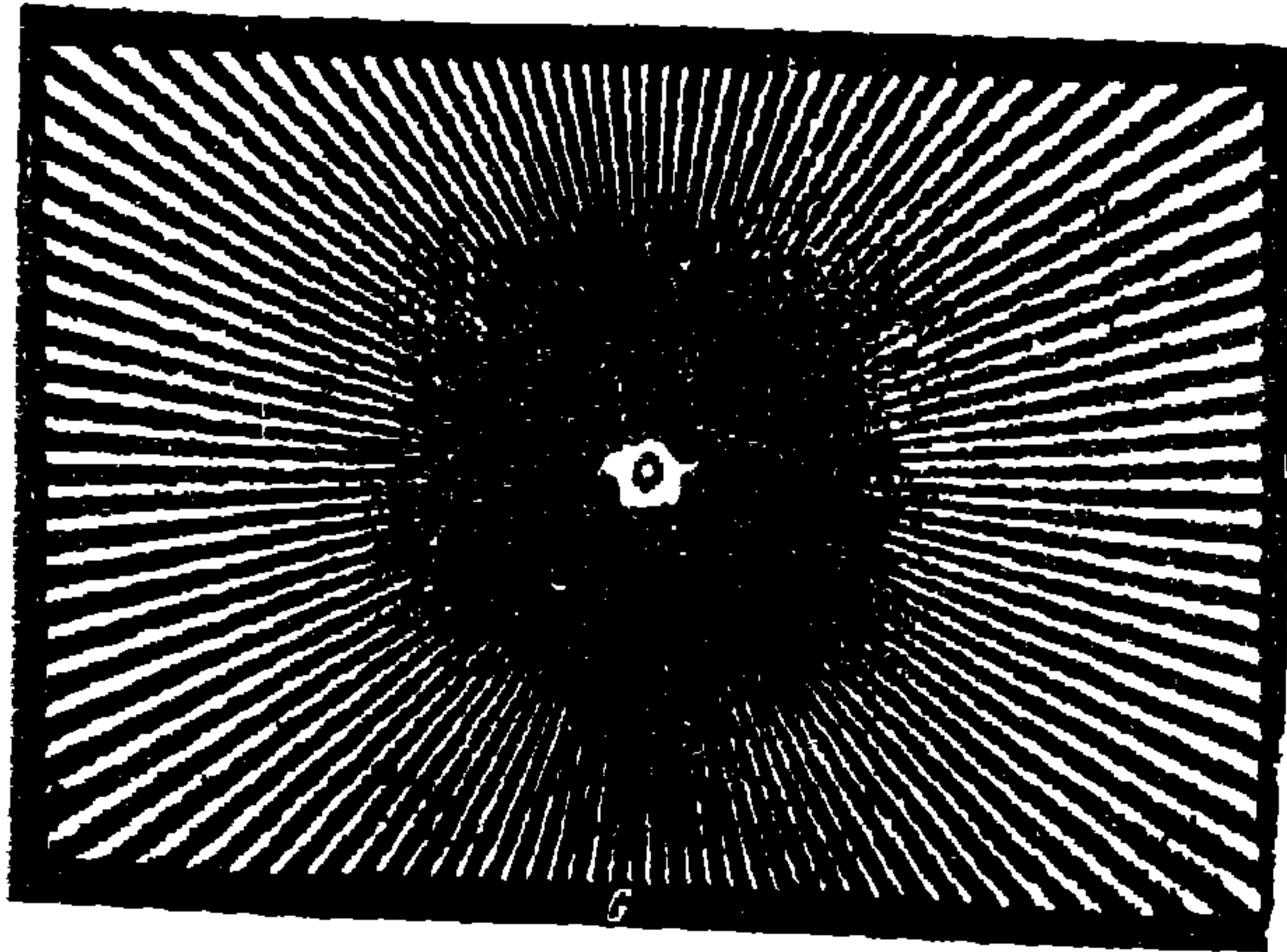
لدى مراجعتنا للصورة فاننا سوف نلاحظ ونتأكد بأن الخطين الوسطيين هما أفقيان تماماً ودون أي انحناء فيهما.



في هذه الصورة نرى أربعة أشخاص لهم نفس الطول والحجم. ومن الواضح أن احترام الرسام لتضيق المبنى في نهاية الشارع يجعل هؤلاء الأشخاص يبدو أكبر حجماً من اليسار إلى اليمين.

ويمكننا تقسيم اضطرابات الفهم الواهمة إلى:

أ- الأوهام ما حول المنطقية: أو الـ (pareidole) كما يسميها العالم جاسبرز (Jaspers). وينتشر هذا النوع من الأوهام لدى الأطفال والأولاد. وكثيراً ما يكون الباعث عليها تحديق الطفل برسوم معقدة مثل السجادة مثلاً أو في الألعاب الدقيقة. ولناخذ مثلاً على ذلك الصورة التالية:



وتعرف هذه الصورة بصورة اشعاعات (Mac-Kay) وهذه الصورة تبرق بشكل غريب اذا ما حدثنا فيها بضعة ثوان. واذا ما حدث وأن نظرنا بعد ذلك الى حائط عار فإننا سنلاحظ وكأن على الحائط آلاف من حبات الأرز المتساقطة بشكل عمودي (على اشعاعات الصورة). وهذا الوهم البصري يعود الى اضطرابات في بعض الآليات العقلية أو الى تهيج المستقبلات العصبية في قزحية العين. وربما تدخلت اسباب عصبية أخرى لتؤدي الى هذا الوهم. ومن تجربتنا الخاصة فإن من شأن هذه الصورة أن تشجع ظهور النوبة الصرعية لدى بعض مرضى الصرع.

كما يمكن أن تنشأ هذه الأوهام نتيجة الإصابة بالالتهابات، التسمم، رضوض الجمجمة، الصرع، الخبل، أو الذهان الحلمي... الخ.

ب- أوهام التحويل النفسي (Métamorphopsy) وهذه الأوهام هي عبارة عن اضطراب فهم الأشياء في الفضاء. بحيث يمكن أن يرى المريض الأشياء أكبر من حجمها الحقيقي (Macropsy) أو أصغر منه (Micropsy) أو من الممكن أن يراها أقرب أو أبعد، أطول أو أقصر عما هي في حقيقتها. كما يمكن لأوهام التحويل أن تشوه الصورة ككل.

وهذه الأوهام ممكن أن تنشأ نتيجة للاضطرابات البصرية، قناة الأذن أو دهليزها، التسمم رضوض الجمجمة، إيمان المخدرات المسببة للهلوسة، الصرع وأخيراً ذهانات الشيوخوخة.

ج- التعرف الخاطئ على الأشياء: وتتجلى هذه الأوهام عن طريق إيمان المريض مثلاً بأنه يعرف شخصاً، تعرف إليه حديثاً للمرة الأولى، منذ فترة طويلة. بل وأحياناً يهياً للمريض بأن هذا الشخص ما هو الا صديقه أو قريبه الفلاني.

ومثل هذه الأوهام تكثر لدى المصابين بالهوس، الخبل، تناذر كورساكوف (Korsakov) ^(١٤) أو في الاختلال العقلي الناجم عن التقدم في السن.

د- أوهام المزاجية: كما يسميها العالم (Capgras) وتنتظم هذه الأوهام بأن يخلط المريض بين إنسان وآخر يشبهه، ولو قليلاً، ويتصرف معه على غرار تصرفه مع الآخر (الغائب). والحقيقة أن أوهام المزاجية تحصل غالباً لدى مرضى الفصام، البارافنويا (العُظام)، أو الفصام الهنئاني (Paraphrénie).

هـ- الأوهام الناجمة عن تناذر العمى ^(١٥) - العمى الحركي - الخرسى (Syndrome Agnose - Apraxo - Aphasique) وهذا التناذر كما يُستشف من اسمه يجمع ثلاثة أنواع من مسببات اضطراب للفهم. ومن الممكن أن تقتصر الأوهام على واحد أو أكثر من هذه المسببات ولذلك فقد رأينا أن عرضها كلا على حدة:

ال- عمى وهو فقدان قدرة الشخص على فهم المنبهات الحسية التي تنقلها له حواسه فهو يرى الأشياء على غير حقيقتها. والعمى بدوره ينقسم إلى عدة أقسام:

* عدم قدرة الشخص على القراءة (Alexie).

** يستطيع التعرف على الشيء ويصفه بشكل جيد ولكنه لا يعلم لماذا يُستعمل

هذا الشيء وينسى طريقة استعماله (Astéréognosie).

١٤ - تناذر كورساكوف (Syndrome Korsakov): هو تناذر خللي يظهر عقب الكحول المزمن، وفيه

يهيمن فقدان القدرة على الحفظ والتعرف الخللي على الأشياء والتهاب نهايات الأعصاب - للتعمق

انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - فقرة الاضطرابات المصاحبة للتسمم الكحولي.

١٥ - العمى (Agnosie): هو فقدان القدرة على فهم المنبهات الحسية. لما العمى الحركي (Apraxie) فهو

فقدان القدرة على القيام بالحركات المتناسقة مثل لبس الثياب أو الأكل والتسريح... الخ من المهام

الحركية البسيطة التي تقتضي تناسق عدة حركات وتسلسلها.

*** يفقد الشخص القدرة على تحديد مكان أعضائه. فلا يستطيع مثلاً أن يدلنا على أنفه. (Autotopoagnosie) أو تناذر بيك^(١٦) (Pick).

٢- ال عَمَة الحركي: ويتجلى بعدم القدرة على استعمال الأشياء أو عدم القدرة على الكتابة مثلاً (Apraxie).

٣- اضطراب النطق (الخرس): وهو عبارة عن عدم القدرة على تسمية الأشياء بأسمائها. واضطرابات النطق تقسم بدورها الى عدة أنواع:

* عدم القدرة على فهم الكلام والكتابة (Aphasie Réceptive).

** يتكلم كثيراً ولكن كلمات غير مفهومة (Jargono - Aphasie).

*** يستخدم من وقت لآخر كلمات غير مفهومة (Paraphasie).

وفي نهاية حديثنا عن هذه الاضطرابات العصبية لا بد لنا من ذكر حالة الأطفال الذين يعانون صعوبات في النطق مصحوبة بمظاهر شلل ذات منشأ دماغي وتُسمى هذه الحالة بالـ (Aphasoïde).

٣- التصور

يعتبر التصور بمثابة حالة ذاتية للوعي. ويتجسد التصور على شكل صور واضحة ومحددة للأشياء أو للأحداث التي شهدتها الشخص سابقاً والتي لم تستقبلها حواسه بشكل موضوعي.

١٦- تناذر بيك (Syndrome Pick): يبدأ لدى النساء خاصة بين ٥٠ و ٦٥ سنة ويتطور ببطء. ولدى استقراره تظهر أعراض العته - للتعلم انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية. المنشأ - فقرة الاضطرابات العقلية المصاحبة للشيخوخة.

على أن بعض العلماء ومن بينهم جانيش (Jaensch) يعرفون التصور على أنه القدرة التي يتمتع بها بعض الأشخاص. والمتمثلة بقدرة هؤلاء الأشخاص على معاودة رؤيتهم للأشياء التي كانوا قد رأوها سابقاً.

وفي الحالات الطبيعية نلاحظ دائماً وجود علاقات تصورية - مزاجية (وجدانية) وعلاقات تنقيب - خيال وذلك تبعاً لأنماط الحياة العملية. فمن الملاحظ بأن التصور يكون متطوراً وحاداً لدى الفنانين. إذ إن بعضهم يرى أو يسمع عمله قبل أن يخلقه. هذا مع التأكيد بعدم وجود أية علاقة مؤكدة وموضوعية تفسر التصور وتربطه بالواقع العلمي أو العملي. ولعل أوضح هذه العلاقات هي ما أثبتته العالم أ. ر. جون بأن التصور إنما يعود لسيطرة العوامل الداخلية^(١٧) على الوعي.

وإذا كنا في مجال الحديث عن التصور فلا بد لنا من ذكر ما يسمى بالذاكرة التصويرية (mémoire Eidetic) وهي كناية عن القدرة على استحضار الصور وتخيل تفاصيلها. أما التصور التصويري (Eidetisme) فهو القدرة على استحضار الصور وإضفاء بعض التفاصيل (غير الموجودة أصلاً في الصور) عليها. ويعرف العالم (Jaensch) هذا التصور على أنه تصور متطور وحاد بحيث يعيشه الشخص وكأنه الواقع الراهن. أما العالم مورغ (Mourgue) فيعتبر التصور التصويري بمثابة اضطراب، من نوع خاص، يطال إحساس الشخص ويتميز بالهلوسات المتجاورة (Hallucinations - Limitrophes). على أن للذاكرة والتصور التصويري يكونان متطورين لدى الأولاد لغاية بلوغهم سن الثانية عشرة. وبعد هذه

١٧- أثبت العالم أ. ر. جون E.R. Jhon بأن سيطرة العوامل الداخلية (ذكريات معينة مخزنة في الذاكرة) تجعل الشخص يعيش هذه الذكريات. بحيث يعجز الشخص عن تحليل واقعه بشكل منطقي. وكان هذا العالم قد أجرى تجاربه على القطط وخلص إلى نظرية عمل الدماغ وفق الأسس الاحصائية. محققاً بذلك تقدماً هاماً في معرفتنا لكيفية عمل الدماغ البشري. للتعق في هذا الموضوع نطرح مقالة كيف يعمل الدماغ في مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠.

السن نلاحظ بأن الذاكرة التصويرية تبدأ بالذبول. أما التصور التصويري فأننا نلاحظ بأن نمو القدرة المنطقية لدى الأولاد في هذه السن يؤدي إلى الحد من هذا التصور وإلى عقلنته.

إلا أن الذاكرة والتصور التصويريين قد يستمران مدى الحياة لدى الناس الذين يكثران من الاعتماد على خيالهم كالفنانين مثلاً. فاستحضار الصور هو أمر طبيعي وغير مرضي لدى الرسامين مثلاً. وكذلك فقد لاحظنا أن الذاكرة التصويرية قابلة للنمو من جديد بعد ذبولها. فأتساءل دراستنا لبعض الشباب المحاربين، في الحرب اللبنانية^(١٨) لاحظنا بأن هؤلاء يستحضرون وبدقة (ذاكرة تصويرية) صور رفاقهم في السلاح وتفاصيل المعارك. كما كان هؤلاء أحياناً يتصورون (تصور تصويري) بأنهم يرون القائد أو يسمعون صوته أو... الخ. والحقيقة أن نمو هذه الذاكرة (التصويرية) وظهور التصورات المرضية هما النتيجة الطبيعية للتهيج الحسي الفائق (أصوات، صور قتلى، مشاهد دمار... الخ) وغير العادي وكذلك نتيجة المشاركة العاطفية الحادة (درجات قصوى من الخوف، التعامل مع الموت، الأشفاق على القتلى... الخ). وهنا لا بد لنا من التنكير بأن هذه التصورات الـ (Bidelism) تختلف تمام الاختلاف عن المظاهر الذهانية^(١٩). وبالتالي فإنه من الخطأ اعتبارها كذلك والتعجيل في وضع تشخيص الفصام لهؤلاء الشباب.

لما في حال كون التصورات التصويرية غير مترافقة بالتهيج الحسي فمن الممكن أن تعكس الفصام، الخبل، الذهان المبكر أو الصرع أو الخوف البالغ من

١٨- الأمراض النفسية وعلاجها - مرجع سابق الذكر.

١٩- النقي للنيل الأميركي للاضطرابات العقلية بند الذهان العابرة. وفي رأينا الشخصي أن الحالات المذكورة أعلاه تشكل مثلاً راسخاً للاضطرابات الذهانية العابرة. فصحیح أن منشأ الأوهام في هذه الحالة هو التهيج الحسي وليس الذهان. لكن المريض يبقى عاجزاً عن التحكم في هذه الأوهام في كلتا الحالتين.

الموت. وهكذا نرى بأن التصورات، التي ما هي إلا انعكاس لأشياء محسوسة سابقاً ومتميزة بالاستمرار والديمومة، ممكن أن تصبح مرضية. وذلك حين تصل هذه التصورات إلى مرحلة يفقد معها الشخص قدرته على نقد محتواها. أو يرفض الاعتراف بإمكانية عدم وجود التفاصيل المتخيلة. وفي مثل هذه الحالات تصبح هذه التصورات مرضية، كما قلنا، وعندها يطلق عليها اسم الهلوسات (Hallucinations).

ويجمع المشتغلون بالطب النفسي على اعتبار هذه الهلوسات بمنزلة الهذيان. وهي بالتالي تدخل في نطاق اضطرابات الفهم إلى جانب كونها اضطرابات تصور.

ويختلف العلماء في تقسيم الهلوسات لذا رأينا أن نعتمد التقسيم التالي:

١- الهلوسات الحقيقية

وتقسم بدورها إلى:

أ- هلوسات متعددة الاحساسات (سمعية، شمعية، بصرية، لمسية ونوقية).

ب- هلوسات متعلقة بالاحساس الذاتي للجسد: وتسمى أيضاً بهلوسات الأعضاء (وتتعلق بالاحساس العام بالجسد، أو بالاحساس النباتي أي بالأعضاء التي ينفرزها الجهاز العصبي النباتي بما فيها الحساسية الجنسية - التناسلية).

ج- الهلوسات المتعلقة بالأحاسيس العميقة بالحركة.

٢- الهلوسات الناجمة عن اضطراب الفهم والتلقي.

ويختلف العلماء في تسمية هذه الهلوسات فيسميها بيلارجير (Baillarger) بالهلوسات النفسية - الحركية. أما بيتي (Petit) فيسميها بالتصورات الذاتية غير المفهومة. كما يسميها العالمان كاندينسكي (Kandinski) وكليرامبو (Clerambault) بأشباه الهلوسات (Pseudo - Hallucinations). وهذا النوع

من الهلوسات يختلف عن الهلوسات الحقيقية من حيث أنه يعكس اضطراباً نفسياً داخلياً وليس خارجياً (متميزاً باضطراب قدرة الحواس على الفهم والتلقي) فالمريض يرى ويسمع هذه الهلوسات ولكن بأذن وبعين عقله. وغالباً ما تحدث هذه الهلوسات كردة فعل (تشبه الصدى) أمام تركيز التفكير على موضوع أو حادثة معينة.

٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك

إن توجيه وتكامل السلوك يعتمد على ثلاث وظائف هي: (أ) الانتباه، (ب) الذاكرة، (ج) الخيال. ومن الطبيعي القول بأن تغير واحدة أو أكثر من هذه الوظائف من شأنه أن يحدث تغيراً في سلوك الشخص وكأنه إنسان آخر غير الذي نعرفه. ولنتناقش كل وظيفة من هذه الوظائف على حدة ونبدأ بـ:

أ- الانتباه:

إن الانتباه هو عبارة عن وظيفة نفسية تركيبية تتجلى من خلال تنشيط، وتقوية، وتحريك، وتوجيه إنتقائي وتركيز بؤروي للعلاقات النفسية السلوكية. وذلك بهدف الوصول إلى فهم يمتاز بأقصى حدود التكامل والسهولة. وكذلك إلى القدرة على التدخل الفعال الهادف إلى التعديل الذاتي للنشاطات ويقسم العلماء الانتباه إلى ثلاثة أقسام هي:

١- الانتباه التلقائي أو اللاإرادي.

٢- الانتباه الإرادي.

٣- الانتباه ما بعد الإرادي.

أما اضطرابات الانتباه (Dysprosexies) فهي يمكن أن تطل الانتباه الإرادي أو الارادي وهي تقسم إلى:

١- ارتفاع القدرة على الانتباه (Hyperprosexie).

٢- إنخفاض القدرة على الانتباه (Hypoprosesie).

٣- انعدام الانتباه (Aprosies).

ب- الذاكرة:

للذاكرة هي مجموعة النشاطات للتذكرية المؤدية الى الحفظ والتذكر. وذلك من خلال القدرة على التعرف أو على إحداث التجارب السابقة للشخص.

واضطرابات للذاكرة تقسم الى أنواع عدة هي التالية:

١- زيادة القدرة للتذكرية (Hypermnésie).

٢- نقص القدرة للتذكرية (Hypomnésie).

٣- فقدان الذاكرة (Amnésie) الجزئي أو الكلي ويقسم الى:

أ- فقدان الذاكرة الرجعي Amnésie Retrograde.

ب- فقدان الذاكرة التقدمي (القدرة على الحفظ) Amnésie Anterograde.

٤- التباسات الذاكرة وتقسّم الى:

أ- التعرف الواهم على الأشياء المجهولة.

ب- عدم القدرة على التعرف على الأشياء المألوفة.

ج- الذاكرة الموسوعية الشاملة. (تذكر عدة أشياء دفعة واحدة).

د- التهيؤات التذكرية وتختلف عن الكذب من حيث أن الشخص يعتقد فعلاً بحدوثها.

هـ- إعادة إحياء الماضي (Ecmnésie).

و- إختفاء الذكريات (Criptomnésie) (بحيث ينسى المريض اسم مخترع آلة ما يعتقد بأنه هو الذي اكتشفها).

ج- الخيال:

إن الخيال هو عبارة عن خلق مخططات ومشاريع عملانية مختلفة عن الواقع العملي الذي يعيشه الشخص. فالخيال هو إذاً عبارة عن عملية إعادة ترتيب لعناصر الواقع تجري خلالها عمليات تبادل لألوار بين المعنى والمعنى.

واضطرابات الخيال على أنواع نستطيع تلخيصها بـ:

١- انخفاض القدرة على التخيل: وتنشأ عادة عن اضطراب التفكير وهي قد تكون دائمة كما في حالات التخلف العقلي، العته وحالات الخبل... الخ. كما يمكن أن يكون هذا الانخفاض عابراً كما في حالات الانهيار وبعض حالات الصرع... الخ.

٢- تنامي الخيال: ويمكن أن يحصل هذا التنامي بشكل تدريجي ليؤدي في النهاية إلى تشويه للواقع. وسيطرة الخيال هذه ممكن أن تكون دائمة ومصاحبة للتطورات الهنيئية في حالات مثل الفصام العظمي، الاضطهاد... الخ. كما يمكن أن تكون هذه السيطرة عابرة وهي تكون طبيعية لدى الفنانين وأصحاب المهن المعتمدة على الخيال.

٥- العمليات المؤدية إلى ترابط السلوك

لكل نمط من أنماط السلوك آلياته المتحركة به. وسواء أكانت هذه الآليات نابعة من العقد الجنسية أو من الصدمات العاطفية أو غيرها فهي في النهاية خاضعة لتأثير أربع عمليات ذهنية هي: (أ) التفكير، (ب) اللغة، (ج) الذكاء. ود) الإرادة ونبدأ بـ:

أ- التفكير:

إن التفكير هو أرقى العمليات الذهنية والوظائف النفسية على الإطلاق، فمن خلال التفكير تتم عمليات تكامل وإعادة صياغة المعلومات التي تتيح لنا معرفة

الحقائق الخارجية والداخلية. والتفكير هو الذي يتيح لنا قدرة الانتقال من درجة معرفية معينة الى أخرى أرقى منها. وهو الذي يتيح لنا الانتقال من الظاهري الى الأساسي.

مما تقدم نستنتج بأن هذه العملية الذهنية المسماة بالتفكير تعتمد في أساسها على مجموعة القدرات الذهنية للعقل من انتباه وذاكرة ومزاج وتفاعل... الخ.

أما اضطرابات التفكير فيمكننا تقسيمها على النحو التالي:

١- اضطراب مجرى التفكير ويمكن أن يكون:

أ- تسارع أو تباطؤ التفكير (اضطراب سرعة التفكير).

ب- اضطراب مجرى التفكير وتأثيره.

٢- اضطراب محتوى التفكير ويمكن أن تكون:

أ- اضطراب كمي (مثل فقر التفكير).

ب- اضطراب نوعي للفكر (عدم الترابط، الأفكار المرضية، الترابط غير المنطقي، الربط الآلي - السطحي للأفكار، الترابط الموجه (مثل حالة التتويم المغناطيسي)، اجترار الأفكار... الخ).

ج- عدم التفكير.

٣- اضطراب التفكير باجماله ويقسم الى:

أ- اضطراب في تقييم ومنطقية الأفكار (الأفكار المسيطرة على الوعي، الوسوس القهرية، الأفكار الهذلية... الخ).

ب- اضطراب عملانية التفكير. ويقسم الى عابر وقابل للشفاء ودائم كما في حالات توقف النمو الفكري أو في حالات العته.

ب- اللغة:

يميل بعض الباحثين الى تقريب العلاقة بين اللغة والتفكير لدرجة الخلط بينهما ومطابقتها مطابقة تامة. ولكننا نعارض هذه المطابقة انطلاقاً من المسلمة القائلة بأن الفكرة تكون دائماً أكثر ديناميةً من معناها اللغوي. وعلى هذا الأساس بنى العالم جاك لاكان نظريته الشهيرة.

وإذا أردنا أن نعرف اللغة أمكننا ذلك على النحو التالي: "إن اللغة هي إحدى أعقد الوظائف النفسية الخاصة بالإنسان. والتركيب اللغوي (ترتيب الكلمات) يهدف الى نقل الأفكار للغير بعد أن قام الفكر بإعادة صياغتها".

من خلال هذا التعريف نلاحظ الرابطة الوثيقة بين التفكير واللغة. ولكن وثوق هذه الرابطة يجب ألا يدفعنا للخلط بينهما. فكم من اضطراب ينال التفكير دون أن يؤثر في القدرة اللغوية للشخص والعكس صحيح.

ونحن لو أردنا القيام بتحليل اللغة لوجدنا أنها تعتمد على:

أ- الإشارة (Signe): وهي عبارة عن مجموعة من الاصطلاحات اللفظية أو الكتابية التي يرمز إليها بالكلمات.

ب- المعجم (Lexique): وهو كناية عن مجموعة الكلمات التي تحويها لغة ما.

ج- الدلالة (Semantique): وهي كناية عن علاقة تقيّمها اللغة بين المعني (الشيء) والمعنى به (الكلمة). على أن قصور الدلالة اللغوية في كافة اللغات هو منبع عجز الكلمات عن التعبير عن الأشياء. وهذا ما يدركه الأدباء والمحللون النفسيون بشكل رئيسي.

د- القواعد والنحو (Syntaxe): وهو عبارة عن مجموعة العلائق التي تحدد مواقع الكلمات وطرائق لفظها وأيضاً طرائق تركيب الجمل.

إذا أردنا تحديد اضطرابات اللغة فإنها تأتي على النحو التالي:

١- اضطرابات الكلام وتقسم إلى:

أ- اضطرابات شكلية وتقسم بدورها إلى:

١- اضطرابات كمية (الثرثرة، كثرة الكلام، قلة الكلام، الخرس أو العجز عن الكلام وأخيراً الخرس أو السكوت الإرادي كما في حالات الاحتجاج، الانهيار والجمود النفسي - الحركي).

٢- اضطرابات تواتر الكلام (سرعة الكلام، بطؤه وعدم انتظام سرعة الكلام).

٣- نبرات الكلام: ويمكن أن تكون عالية أو خفيفة، مزاجية أو متكلفة... الخ.

ب- اضطرابات صوتية وتقسم إلى:

١- اضطراب ترابط الكلمات ويمكن أن تطال الكلمات، الجمل، اللغة وكذلك للدلالات اللغوية كما في حالة الفصام عندما يلفظ المريض كلمات يقصد من خلالها التعبير عن دلالات غير دلالاتها الأساسية.

٢- اضطرابات اللفظ ويقصد بها التأثرة على أنواعها وعدم القدرة على لفظ حروف معينة أو صعوبة هذا اللفظ.

٢- اضطرابات الكتابة وتقسم إلى:

أ- اضطراب النشاط الكتابي (سرعة تحول الكتابة إلى خربشة أو ببطء مبالغ يعكس الخواء الفكري).

ب- اضطراب هيئة الكتابة (استعمال الحروف الصغيرة أو الكبيرة أو الاثنين معاً في كلمة واحدة).

ج- اضطراب تبويب الكتابة (موقع الكتابة في الصفحة الذي يمكن أن يكون غير مرتب أو غير مألوف).

د- الأخطاء الاملائية والقواعدية.

٣- فقدان القدرة على الكتابة وقد سبق عرضها.

ج- الذكاء:

الذكاء هو ملكة المعرفة والفهم. وهذا التعريف ليس الوحيد الذي يعرف الذكاء. بل إن هذه التعريفات عديدة ولكن أياً منها لم ينجح في تعريف الذكاء تعريفاً واقعياً. ومن هذا القصور في فهم وتعريف الذكاء ينبع قصور قياسات الذكاء على أنواعها. ذلك أن هذه القياسات لا تعطينا دائماً نتائج متطابقة مع الواقع. ومن مظاهر عدم المطابقة هذه نذكر بأن هذه القياسات لا تستطيع أن تفسر لنا الفروق الأكاديمية بين الطلاب. بمعنى أن الطالب الحاصل على نسبة ذكاء أعلى لا يكون بالضرورة متفوقاً دراسياً على بقية زملائه. والعكس صحيح.

وعلى أية حال فإن قياسات الذكاء تحاول قياس العمر العقلي للمفحوص وتقارن هذا العمر بعمره الزمني بحيث يكون حاصل الذكاء مساوياً لـ $\frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$ فإذا كان نمو الذكاء طبيعياً، بمعنى أن العمر العقلي يساوي العمر الزمني، فإن حاصل الذكاء يكون مساوياً لـ 100.

أما عن اضطرابات الذكاء المرضية فيتم تصنيفها على النحو التالي:

١- إذا كان حاصل الذكاء تحت الـ 70 فإن هذا يعكس تأخر النمو العقلي، ونسبة هؤلاء 3%.

٢- إذا كان حاصل الذكاء مراوحيماً بين 70 - 79 فهو يعكس تدني الذكاء ونسبة هؤلاء 6%.

٣- إذا كان حاصل الذكاء مراوحيماً بين 80 - 89 فهو يعكس ذكاء دور الوسط ونسبة هؤلاء 15%.

٤- إذا كان حاصل الذكاء مراوحاً بين ٩٠ - ١٠٩ فهو يعكس ذكاء متوسطاً ونسبة هؤلاء ٤٦٪.

٥- إذا كان حاصل الذكاء مراوحاً بين ١١٠ - ١١٩ فهو يعكس ذكاء فوق المتوسط ونسبة هؤلاء ١٨٪.

٦- إذا كان حاصل الذكاء مراوحاً بين ١٢٠ - ١٣٩ فهو يعكس ذكاء متفوقاً ونسبة هؤلاء ١١٪.

٧- إذا كان حاصل الذكاء فوق ١٤٠ فهو يعكس الذكاء الممتاز ونسبة هؤلاء ١٪.

د- الإرادة:

الإرادة هي الوظيفة النفسية التي يتم من خلالها إحداث وتحقيق المقاصد.

ويتم ذلك من خلال التنظيم الفاعل للنشاطات والبنيات القريرية (Décissives).

والعالم مودسلي (Maudsly) يعتبر أن الإرادة هي أقوى وأسمى قوة أمرية لاستطاعت الطبيعة أن تنتجها لغاية الآن.

وأخيراً فإن الطب النفسي يقسم الإرادة الى قسمين كبيرين هما:

(١) الارادة الوازنة و (٢) الإرادة المحركة او الدافعة. والحقيقة أن ممارسة أي فعل إرادي تقتضي ممارسة النوعين معاً.

أما بالنسبة لاضطرابات الإرادة فيمكننا تقسيمها على النحو التالي:

أ- تضخم الارادة وممكن أن تكون مرضية (الذهان على أنواعه) أو طبيعية وفي هذه الحالة تتركز قوة الارادة في ناحية معينة.

ب- ضعف الارادة وممكن أن تكون عامة (في حالات العصاب، التخلف العقلي والاهتياج حيث ينبع ضعف الارادة من عدم القدرة على التركيز) أو انتقائية كما في حالات الرهاب (المخاوف) والوساوس.

ج- انعدام الارادة وغيابها: وهي اضطراب خطير للارادة. ومثل هذا الاضطراب نصادفه في حالات الاتيهار العصبي الذهاني، الفصام، التخلف العقلي الحاد وحالات العته المتقدمة.

د- التباسات الارادة: وتتجلى بضعف الارادة التي يمكن أن تنجم عن ثنائية العواطف أو عن الفصام أو عن أي اضطراب يضعف الارادة من طريق تشغيل العواطف المتضاربة بشكل يشل الإرادة.

الفصل الرابع

أساليب الفحص النفسي

- ١- صفات الفاحص
- ٢- طريقة الدنو من المفحوص.
- ٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين.
- ٤- مبادئ الفحص النفسي.
- ٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي.

إن ما نقصده بالفحص النفسي هو مجموعة الخطوات التقنية المؤدية الى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلط الطارئ على هذا التوازن. من هنا فإن الفحص النفسي في رأينا هو مجموعة الخطوات التي تستطيع ان تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص ونعني بها:

- ١- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
 - ٢- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
 - ٣- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.
 - ٤- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.
 - ٥- مقارنة التناسب بين نضج الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.
- والفحص النفسي لذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

وهكذا فإننا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهماً بقية أبعادها. ومن هنا كان تأكيدنا على شرح أنماط الشخصية والعوامل المكونة لها.

والتعرف على شخصية انسان ما هي عملية جد معقدة تمر بمراحل عديدة ربما كانت أولها، المتمثلة باللقاء الأول، هي الأكثر تأثيراً وصعوبة في آن معاً. فالفاحص النفسي، الذي يريد تحديد معالم شخصية المفحوص، مجبر على اتباع أساليب معينة وخطوات مدروسة لكي يستطيع في النهاية الوصول الى هدفه.

والحقيقة أن الحوار أثناء الفحص النفسي هو فن وابداع وممارسة أكثر منه مبادئ جامدة ودراسة محددة الجوانب. فهذا الحوار هو الذي سيساعدنا على تبين المتغيرات الخمسة المذكورة أعلاه. وهو بالتالي الذي سيقود خطواتنا لوضع التشخيص ولكن ايضا لتقرير أساليب ووسائل العلاج.

لهذه الأسباب وللأهمية القصوى التي يمتاز بها الفحص النفسي نلاحظ أن الفاحصين النفسيين يعملون دوماً وبأقصى جهدهم للتعلم في فن الفحص النفسي وتنمية مواهبهم في هذا المجال. وذلك بحيث يصعب على المراقب أن يترجم تطور هذا الفن من طريق الكلمات. إلا أننا في شرحنا لحيثيات وتقنيات هذا الفن سنحاول أن نستخلص أصوله ومبادئه العامة التي لا تعطي كبير نفع ما لم تصقل وتعديل بالتجربة بحيث تتحول إلى فن حقيقي يؤديه كل فاحص بطريقة واسلوبه الخاصين. والمبادئ العامة التي سنعرضها في هذا المجال هي مبادئ مستخلصة من تجارب كبار الباحثين في هذا المجال.

ونبدأ باستعراض آراء العالمين^(١) شترن Stern وروبينسن Robbins: "إن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت، متى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص".

ونلاحظ من خلال هذا الرأي أهمية اكتساب الفاحص لبعض الصفات التي تمكنه من القيام بدوره. ومن طرفنا فأننا سنحاول شرح الشروط الواجب توافرها في الفاحص من خلال نقاط ثلاث هي:

- ١- الصفات الواجب توافرها في شخص الفاحص.
- ٢- طريقة الدنو من المريض أو المفحوص.
- ٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين.

- ١ Robbins. E- Stern. M: Assessment of psychiatric Emergencies - New- York.

١- صفات الفاحص :

إن التوصل الى حوار مثمر مع المفحوص يفرض على الفاحص التقيد بمواقف معينة من شأنها أن تشجع المفحوص على الإقضاء بما يعتل في نفسه من أحاسيس (بغض النظر عما اذا كانت هذه الأحاسيس سلبية أو إيجابية). وفي سبيل ذلك على الفاحص أن يعتمد موقفين قد يبدو أن وكأنهما متعارضان ولكنهما في الواقع منسجمان تمام الانسجام.

الموقف الأول: على الفاحص أن يتخذ موقف المتفهم، المتعاطف والإنساني. مما يتيح له التقرب من المفحوص وهذا الموقف يقتضي من الفاحص أن يكون صاحب حضور حار، مليئا بالهدوء، حسن النية وقادراً على تقديم العزاء بعد التفهم.

الموقف الثاني: وهو استمرار للموقف الأول ولا يتعارض معه كما قد يبدو لنا للوهلة الأولى. ويتجلى هذا الموقف، الذي يلي توصل الفاحص للحصول على ثقة المفحوص بالايجابية. فبعد التعاطف، الذي اظهره الموقف الأول، يأتي دور الحزم واستعمال القدرة على الإقناع الهادفين أساساً الى احداث تأثيرات إيجابية في تصرفات المفحوص. وفي محاولته للإقناع على الفاحص أن يلجأ لمختلف الشروح والتعليمات^(٢) التي يعطيها للمفحوص بشكل حازم ومقنع في آن معاً. هذا مع الاحتفاظ دائماً بموقف المتفهم.

والحقيقة أن الوصول الى هذه النتائج، وفي الدرجة الأولى كسب ثقة المريض، يفرض على الفاحص أن يبدو في نظر المفحوص على النحو الآتي:

٢ - هذه الصفات تأخذ في الاعتبار مجموعة المعلومات التي جمعها الفاحص من خلال مراحل الفحص السابقة.

١- أن يكون الفاحص متفرداً بحيث يخلف لدى المفحوص انطباعاً بأنه مستعد لإضاعة الوقت في سبيل التوصل الى فهمه وفهم معاناته، وهو أي الفاحص، يملك الصبر الكافي لذلك^(٣).

٢- على الفاحص أن يغفر للمفحوص انفعاله وتصرفاته. حتى ولو احتوت على بعض العدائية تجاه الفاحص نفسه (كما يحدث لدى بعض المرضى المهتاجين مثلاً).

٣- على الفاحص أن يكون مرحاً ولكن دون أن يتكلم كثيراً، نشطاً هادئاً ومرتاحاً بحيث يكون قادراً على التركيز. وبناء عليه وجب على الفاحص أن يرفض الظهور أمام المفحوص بمظهر المثار أو المتوتر أو العنيف أو الضجر، لأن ظهور الفاحص بأي من هذه المظاهر من شأنه أن يجعل المفحوص أكثر تحفزاً وأقل اطمئناناً.

٤- على الفاحص أن يتحلى بصفات المستمع الجيد الإصغاء والصبور. ولكن كذلك أن يتمتع بالقدرة على المراقبة الدقيقة، الدبلوماسية في طرح الأسئلة^(٤) وأخيراً أن يملك القدرة على الإقناع والتأثير في المفحوص^(٥).

٥- على الفاحص أن يحسن التحكم في ردات فعله. بحيث لا يظهر تعجباً أو يتخذ موقفاً هازئاً مما يرويه المفحوص. فمن واجب الفاحص أن يحافظ على هدوء أعصابه أمام أية مفاجأة قد يبادره بها المفحوص^(٦).

٣ - إن هذا الموقف يسهل على الفاحص كسب ثقة مفحوصه من طريق اظهاره الاستعداد لتقبل المفحوص ومساعدته.

٤ - على الفاحص أن يحترم دفاعات المفحوص ولا ينتهكها عن طريق الإلحاح أو التهالك للوصول الى المعلومات بسرعة. لأن ذلك قد يحول الفحص الى نوع من التحقيق أو الاستجواب بالنسبة للمفحوص.

٥ - هذه القدرة تختلف لدى الفاحص الواحد من مفحوص لآخر وهي تنمو بالخبرة.

٦ - غالباً ما يعتمد المفحوص خلق مثل هذه المفاجآت التي تستوجب استعمال الفاحص لقدرته على التحكم بانفعالاته وبرود فعله وإيماءات وجهه. ليعطي نفسه فرصة الحكم على هذه المفاجآت وتقدير مدى صحتها وتأثيرها

٢- طريقة الدنو من المفحوص:

كثيراً ما يتخذ المفحوص موقفاً سلبياً من الفاحص ومن الفحص ذاته، بل كثيراً ما يعمد الى رفض الفحص. سواء أكان هذا الرفض صريحاً مباشراً أو كان غير مباشر كرفض التعاون أو حتى مجرد الكلام أو إعطاء الأجوبة الكاذبة المضللة. على أن أكثر المواقف سلبية وصعوبة في التقرب من المفحوص هي عندما يكون هذا الأخير مريضاً مهتاجاً (سنخصص الفقرة التالية لمناقشة هذا الوضع).

وأياً كان موقف المفحوص فعلى الفاحص أن يتقبله كما هو إن أراد فعلاً إجراء فحصه. وتقبل المفحوص كما هو يعني بالطبع عدم معاقبته مهما كان هذا العقاب بسيطاً (حتى مجرد السخرية) لأن ذلك سيزيد في سلبيته. ولكن من المهم التنبيه الى أن قبول المفحوص كما هو لا يعني مطلقاً أن نتقبل أفكاره، إن نتيح له المجال لتنفيذها. فمن الممكن أن يعمد المفحوص، تحت تأثير مشاعره السلبية^(٧) أو انفعاله أو تحت تأثير اختلال نفسي أو عقلي، الى القيام بأعمال تلحق الأذى به أو بالآخرين. في حالات الاتهيار المتطورة يصل المريض الى درجة من الكآبة قد تنفعه للانتحار^(٨). وفي هذه الحالة على الفاحص أن يتقبل المنهار كإنسان تعس ويأس ولكنه لا يوافق على الحل الذي اختاره للخلاص من هذه التعاسة وهذا الشقاء. وبالتالي فإن تقبل الفاحص لتعاسة وشقاء المنهار لا يعني مطلقاً السماح له بالانتحار.

فالمقصود، من قبول المفحوص كما هو، هو إثبات احترام الفاحص لذاتية المفحوص وإنسانيته وكذلك الاهتمام به كإنسان بحيث يشعر المفحوص (مهما كانت درجة مرضه) بأنه شخصية إنسانية لها احترامها، شعورها وحريتها.

٧ - المشاعر السلبية هي المشاعر التي تغذي الميل الحرائية كمثل مشاعر الكراهية والحقد والحسد والرغبة في الانتقام... الخ من المشاعر التي وسماها سوندي بالقيالية.

٨ - للتعلم في هذا الموضوع انظر محمد أحمد النابلسي: الاتهيار العصبي، الرسالة- الايمان، ١٩٨٦.

ولعل أهم الخطوات في سبيل إقناع المفحوص بذلك تتمثل بإصرار الفاحص على تجنب استعمال القوة أو التعنيف واعتماده مبدأ الحوار المتفهم والمقنع الذي شرحنا حيثياته أعلاه. على أن الأمور تصبح على درجة عالية من التعقيد إذا كان المفحوص مريضاً عقلياً. ففي مثل هذه الحالات قد يضطر الفاحص لتخطي مبدأ الحياد المشروح أعلاه وذلك في ظروف عديدة نذكر منها:

أ- حاجة بعض المرضى للعلاج الفوري الطارئ مما لا يترك للفاحص الوقت الكافي لاقتناعهم.

ب- في حالات معينة يمكن للعنف أو الإكراه أن يمارسا تأثيراً إيجابياً في المريض بحيث يمنعانه عن ممارسة عدائيته سواء نحو ذاته أو نحو الآخرين.

ج- في حالات المرضى الراضين للعلاج على الفاحص - المعالج أن يدرك بأن إجبار المريض في مثل هذه الحالات لا يعتبر اعتداء على حريته بل يعني إعادتها له من طريق إجباره على العلاج.

وإذا كنا في سياق الحديث عن علاقة الفاحص بالمفحوص - المريض لا بد لنا من التنبيه إلى أن الناس المتعاملين مع المريض (أهله، معارفه، زملاءه، الممرضين الخ...) هم أناس ذوو ردات فعل عادية لا يستطيعون السيطرة عليها في كل الظروف بحيث يستطيع المريض أن يحسّ بها . وردات الفعل هذه تراوح بين القلق والخوف والنفور والسخرية. ولكنها ممكن أن تصل إلى العقاب من طريق محاولات تجاهل المريض أو تجنبه أو حتى التعامل معه بعنف.

والفاحص كي يقترب بشكل فاعل من المريض ويكسب ثقته عليه أن يتحلى بأكبر قدر ممكن من القدرة على التحكم بأنفعالاته وبهذا يثبت للمريض بأنه إنسان مختلف وأهل لمنحه الثقة. فإذا لم يحسن الفاحص هذا التحكم فقد يقع في مأزق

التشخيص المتسرع للحالة بهدف التخلص منها . وفي هذا يقول برنار^(٩) P. Bernard : "إن مراقبة انفعالاتنا الخاصة هي أصعب وأعقد كثيراً من مراقبتنا لانفعالات الآخرين.

مما تقدم نلاحظ بأن لكل مفحوص وضعه الخاص الذي يفرض على الفاحص ان يرسم نمطاً جديداً لعلاقة فاحص- مفحوص يختلف عن بقية الأنماط السابقة. وهكذا فإن تمرس الفاحص وتجربته يزيدانه حساسية وابداعاً في رسم أنماط علاقته بالمفحوصين.

٣- موقف الفاحص من المرضى المحتاجين.

بالرغم من ضالة نسبة المرضى المحتاجين إلا أن وضعهم الخاص يقتضي التنويه بالخطوات الواجب اتخاذها في مواجهتهم واثاء فحصهم. وهذه الخطوات هي.

أ- على الفاحص أن يكون هادئاً، صبوراً وأن يبدو أمام المريض كحليف له يستطيع فهمه.

ب- على الفاحص ان يحافظ على جدية مهنته رافضاً اقتراحات اقرباء المريض القاضية باخفاء الفاحص لمهنته أمام المريض. هذا مع الإشارة بأن ليون ميشو Michaux^(١٠) لا يرى بأساً من أن يقدم الطبيب النفسي للمريض على أنه طبيب اعصاب.

ج- على الفاحص ألا يشارك في خداع المريض أو في إغداق الوعود عليه. لأن الفاحص سيفقد بذلك الكثير من أسهمه في كسب ثقة المريض.

- ٩ P. Bernard: Manuel de L'infirmier en psychiatrie, éd. Masson paris. ١٩٧٤

- ١٠ Michaux Léon: "Psychiatrie éd médicales Flammarion ١٩٦٧.

د- في حال استفاد الفاحص لكافة الوسائل، التي من شأنها ان تهدئ المريض المهتاج، فعندها عليه الاستعانة بمرضىين أقوياء وإجبار المريض على تلقي العلاج اللازم.

هـ- أمام مريض مهتاج يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين على الفاحص ألا يهمل جدية هذه الاخطار والا يقلل من شأنها. ولكن عليه ايضاً الا يفقد أمله في الدنو من المريض والتفاهم معه.

وعلى سبيل المثال قد يجد الفاحص نفسه أمام مريض شاهر سلاحه ومهدد بقتل رهينة ما وكذلك بقتل أي انسان يقترب منه.

في مثل هذه الحالة من الخطأ أن يحاول الفاحص الإقتراب من المريض مهماً احتمال تنفيذ المريض لتهديداته. كما أنه من الخطأ أن يحصر تفكيره باستخدام القوة. والموقف السليم في الحالات المماثلة يتلخص في أن يقوم الفاحص بإقامة اساس علاقة مع المريض. مستخدماً خبرته، دبلوماسيته واسلوبه الخاص سائلاً المريض عن الفائدة التي يجنيها من قتل الرهينة؟- أن يعرض الفاحص أمام المريض إمكانية ايجاد طرق أكثر نفعاً لحل مشاكله- وأخيراً من الممكن أن يظهر الفاحص تفهمه وتعاطفه مع المريض وذلك بقوله: أنا مستعد لمساعدتك.

و- قد يجد الفاحص نفسه أمام مريض يرفض المساهمة في الفحص ويرفض مجرد الكلام وهو في نفس الوقت مهتاج. في هذه الحالة على الفاحص أن يحدد السبب الدافع بهذا المريض لاتخاذ هذا الموقف. وهذا الدافع ممكن أن يكون:

١- في حالات الخبل او العته: وفي مثل هذه الحالات على الفاحص أن يكتفي بالمعلومات التي يحصل عليها من أهل المريض ومعارفه. واستجوابهم في إطار الفحص النفسي والتفاصيل التي يقتضيها هذا الفحص. وإذا كان المريض في هذه الحالات عاجزاً عن المشاركة في الحوار الا ان الفاحص يستطيع ان يحصل على

الكثير من المعلومات من خلال نظرات المريض، حركاته، هندامه، تعابير وجهه الخ...

٢- في حالات الفصام: ومثل هذه الحالات تقتضي تصرفاً طبياً يتلخص بحقن المريض في الوريد بمقدار ٠,٥ غ من مادة Amytal Sodique وهي من مشتقات الباربيتورات. مع مزجها بـ ١٥ مل من الماء المقطر وذلك بمعدل ١ مل في الدقيقة. ونفس هذا التصرف يمكننا اتباعه مع المصابين بالخرس الهستيرى.

وبعد ذلك يخبر الفاحص المريض بأنه سيشعر بالقليل من الخدر والارتخاء ويبدأ بتوجيه بعض الأسئلة البسيطة للمريض. كأن يسأله عن اسمه، وعمره، وعائلته.. الخ. ومع متابعة الحقن بالباربيتورات يوالي الفاحص أسئلته لغاية حصوله على المعلومات التي يحتاج إليها في فحصه.

وبعد عرضنا للصفات الواجب توافرها في الفاحص النفسي والمواقف التي ينبغي عليه اتخاذها لا بد لنا من الإشارة إلى دور العوامل الاجتماعية وتدخلها في مجرى الفحص النفسي. والحقيقة أن المجال يضيق بنا هنا لتفصيل هذا الدور ولذلك فقد رأينا أن نكتفي باستعراض بعض جوانبه.

١- من عادة مجتمعنا أن يصنف الاضطراب النفسي في قائمة الجنون. الأمر الذي يدفع المريض إلى تجنب الفحص النفسي وبالتالي إلى تأخير العلاج. هذا التأخير الذي لا يمكن أن يكون في مصلحة المريض أو المجتمع.

٢- عن السبب الأول تنشأ صعوبات عديدة في وجه الفاحص- المعالج النفسي. هذه الصعوبات التي تربك الفاحص وتعيقه عن ممارسة مهنته.

٣- يتفق الباحثون^(١١) كينون (Kinon) وماك (Mac) وميشال (Michel) على أن الفحص والعلاج النفسي يبدآن مع إقناع المريض بأن ذلك سيعود عليه بالخير والنفع. والحقيقة أن مريضنا لا يقتنع بسهولة بذلك لأن الهاجس المسيطر عليه هو إخفاء معاناته وذلك هرباً من تهمة الجنون.

٤- إن معظم الفاحصين النفسيين بل والأطباء والباحثين النفسيين في مجتمعنا يقومون بنقل التجارب الغربية وتطبيقها بحذافيرها في مجتمعاتنا. ومن الطبيعي القول بأن هذا النقل لا يكون دائماً ناجحاً أو صحيحاً. فعلى سبيل المثال نلاحظ بأن المدمن الأميركي يلجأ للمخدرات لاحتاسه بضآلته أمام مجتمع راق متطور ومن الملاحظ بأن هذا اللجوء كثيراً ما يأخذ منحى فلسفياً ويكون مدعماً بثقافة لا بأس بها لدى هذا المدمن. في حين أن المدمن اللبناني يحس بضآلته أمام الموت. ويدمن ليتعلق بالحياة لا ليهرب منها. فالإدمان في لبنان هو مدخل للحياة وليس مخرجاً منها. والمدمن اللبناني لم يعيش ثقافة وتطور وفلسفة أميركا. بعد هذا كله يحق لنا القول بأن علاج المدمن اللبناني يختلف كثيراً عن علاج المدمن الأميركي. وكذلك الفحص. ففي حين يرى الأول في الفحص النفسي مناسبة يعرض فيها بصدق معاناته نرى الثاني يهرب من الفحص ويحاول فلسفته بل ويحاول إظهار تفوقه على الفاحص بشتى الطرق.

وبعد هذا العرض السريع لتأثير العوامل الاجتماعية. ها نحن نعرض الخطوط العريضة للفحص النفسي.

١١- Michel, Mac et Kinon: cités dans vadem ecum in psychiatrie C. Gorgos. éd. médicales BUC. ١٩٨٥.

٤ مبادئ الفحص النفسي

لاحظت لدى استعراض صفات لصفات ومواقف الفاحص النفسي ان هناك تعيه خاصه بكل فاحص يكونها من خلال خبرته ومن خلال المدرسه النفسيه التي ينتمي اليها. وادا كان الطب النفسي هو الميدان الذي نجتمع فيه مختلف المدارس النفسيه (تحليل نفسي، الروائز، الاضطرابات العصبيه. الخ) وتمارس فقد رأينا ان يعرض للفحص النفسي وفق المبادئ المتبعه في الطب النفسي. ولذا أردنا تعداد الخطوات العريضه لهذا الفحص فهي تأتي على النحو التالي.

١- تحديد السوابق المرضية للمفحوص وهذه تقسم الى:

أ- السوابق الوراثية.

ب- معطيات طفولة المفحوص ومراهقته.

ج- الصدمات النفسية في حياة المفحوص.

د- السوابق المرضية- الجسدية للمفحوص.

و- تاريخ وشكل بداية الاضطراب النفسي.

٢- الفحص العيادي . النفسي وبدوره يقسم الى:

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

ب- دراسة المظاهر الحسية- الحركية لدى المفحوص.

ج- دراسة العوامل المكونة للشخصية.

٣- الفحص الطبي (سخص له فصلا خاصا).

٤- القياسات النفسية أو الاختبارات (سخص لها فصلا خاصا).

١- تحديد السوابق المرضية للمفحوص

على الفاحص النفسي أن يتحلى بالمشابرة وألا يتسرع بالتشخيص قبل إتمامه لمختلف مراحل الفحص النفسي. فكثيراً ما يحصل الفاحص على مؤشر أو مجموعة مؤشرات ذات دلالة مرضية أكيدة في مرحلة بداية الفحص. مما يجعله ميالاً للاكتفاء بهذه المؤشرات لوضع تشخيصه دون متابعة الفحص. والحقيقة أن لهذا المواقف أسباباً عديدة يجب إضافتها على صفات الفاحص. بمعنى أن على الفاحص أن يتحلى عن الصفات التي تدفعه للتعجيل في التشخيص دون أن يتم الفحص. وهذه الصفات هي: (١) نرجسية الفاحص (٢) رغبة الفاحص بإنهاء الفحص بأسرع وقت ممكن، (٣) رغبة الفاحص في التحول إلى النجومية^(١٢)... الخ.

من هنا وجب على الفاحص أن يبدأ فحصه منذ الجذور الوراثة للمفحوص ولغاية أدق مظاهر الاضطراب لديه. وعليه إذا البدء بـ:

أ- السوابق الوراثة:

على الفاحص أن يحدد وجود مظاهر الاضطراب، أو المرض النفسي في عائلة المفحوص. متحرراً حالات الانتحار، الاذمان على أنواعه، التشوهات الخلقية والأمراض النفسية والعقلية في هذه العائلة. كما على الفاحص أن يتحرى وجود الأمراض الجسدية التي يمكن أن تسبب الاضطراب لدى المفحوص مثل السرطان، السفلس... الخ.

ب- طفولة المفحوص ومراهقته:

في طفولة المفحوص يجب على الفاحص أن يقوم بتقصي المعلومات التالية:

١٢ - إن هذه الرغبة في النجومية وفي التحول إلى نجم اجتماعي بلرز هي رغبة نابعة من الميول العظماءية. فاصحاب هذه الميول يتجهون نحو المهن التي من شأنها لرضاء شعورهم المتضخم بأهمية الذات. هذا ويرى سوندي أنهم يميلون إلى المهن العسكرية وإلى مهنة الطب النفسي.

- ١- ظروف حمله وولادته: فمن المعروف بأن هنالك العديد من الأمراض التي يولد بها الطفل وإن لم تظهر إلا لاحقاً (مثل الصرع، الفصام... الخ). كما أنه من الضروري تحديد ظروف الولادة التي يمكن أن تؤدي إلى صدمة الولادة والاضطراب الجسدية والنفسية التي قد تتجم عنها.^(١٣)
- ٢- ظروف طفولته الأولى: هل تم إرضاعه من ثدي أمه^(١٤)؟ عمره عندما خطا خطواته الأولى^(١٥)؟ عمره عندما لفظ كلمته الأولى^(١٦) عندما ظهرت أسنانه^(١٧) وعندما ضحك للمرة الأولى^(١٨).
- ٣- عمر المفحوص عند البلوغ^(١٩) وظهور الشعر عنده وكذلك إذا ما ظهرت لديه بعض التغيرات في هذا السن.
- ٤- حالة المريض الاجتماعية وعلاقاته العاطفية وممارساته الجنسية^(٢٠).
- ٥- حالة المريض المهنية، وضعه الاقتصادي، علاقاته بزملائه وبمحيطه، نجاحاته وإخفاقاته.

١٣ - للتعق في هذا الموضوع انظر محمد أحمد النابلسي - ذكاء الجنين، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

١٤ - تولد الرضاعة من الثدي مشاعر الاطمئنان لدى الرضيع وتدعم توازنه النفسي لاحقاً.

١٥ - للتعق انظر - ذكاء الرضيع مرجع سابق الذكر

١٦ - المرجع السابق

١٧ - المرجع السابق

١٨ - المرجع السابق

١٩ - إن تأخر البلوغ أو تبكيره مرتبطان بالتوازن الهرموني لدى الشخص واضطراب هذا التوازن قد لا يكون رئيسياً. ومع ذلك فإننا نلاحظ أن بعض الاضطرابات النفسية تنتشر بين متأخري البلوغ. من هذه الحالات نذكر تأخر النضج العاطفي وحالات الرهاب (الفوبيا) والهلع. أما إذا كانت الاضطرابات الهرمونية رئيسية فإنها تحتاج للعلاج. وهي تتبدى بمظاهر عيادية مميزة لكل اضطراب انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - فقرة الاضطرابات الغدية.

٢٠ - راجع اضطرابات الغريزة الجنسية في الفصل السابق وللتعق انظر جاك ودلينبرغ، عيادة

الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

٦- الأمراض الجسدية التي تعرض لها في طفولته (التهابات، سسم، قحار وعي او تشنجات).

ج- الصدمات النفسية في حياة المريض:

وهذه الصدمات تتلخص عادة بـ:

١- صدمات عائلية مؤثرة خاصة في فترة الطفولة مثل: موت أحد الوالدين أو كليهما، خلافات الوالدين، انفصالهما أو طلاقهما، مرض أحد الوالدين وأخيرا إرثك الطفل لخيانة أحدهما.

٢- صدمات فترة المراهقة: وتتخلص عادة بالاختلالات العاطفية والجنسية.

٣- صدمات عائلية من نوع الخلافات الزوجية، الطلاق، الترميل، الخيانة.. الخ.

٤- صدمات مهنية: بطالة، فقدان العمل، الإفلاس، الاختلالات المهنية، صراع في مكان العمل... الخ.

٥- صدمات متنوعة أخرى: ملاحقة قضائية، الخوف من القانون، الخوف من الموت... الخ.

د- الأمراض الجسدية التي يعاني منها المفحوص (٢١) :

١- أمراض خلقية.

٢- نوبات تشنجية.

٣- حوادث ورضوض في الجمجمة.

٤- التهابات الجنسية وخاصة السفلس.

٥- التهاب السحايا.

٦- أمراض الغدد الصماء.

هـ- تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص:

وهذه المرحلة من مراحل الفحص هي الأهم فهي التي يتجلى فيها مبدأ تقاطع المؤشرات^(٢٢). فمن الممكن بل من الغالب ألا تكون الأزمة النفسية التي يمر بها المفحوص من الحدة بحيث توجب ربطها بالمؤشرات التي حصلنا عليها لغاية الآن. إلا أن اصرارنا على الخطوات السابقة هو بقصد الاطلاع على مختلف عوامل الخطر لدى المفحوص. لأن إهمال هذه العوامل وعدم أخذها بعين الاعتبار قد تقوت علينا علاج مرض ما في بدايته وقبل أن يتطور.

وتاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يجب أن يبحث أولاً بداية الاضطراب النفسي وكيفية ظهوره. هل هي بطيئة^(٢٣)، سريعة^(٢٤) أم عنيفة^(٢٥) وبعد ذلك يجب على الفاحص السؤال عن الأسباب المباشرة المؤدية لظهور هذا الاضطراب. هل هو نتيجة مرض جسدي، أم هو عارض ظهر لدى امرأة أثناء أو بعد ولادتها، أم أن هذا الاضطراب أتى عقب التعرض لعملية جراحية أو لحالات متطرفة من الخوف من الموت أو بعد إصابة المفحوص برضوض في رأسه... الخ.

٢٢- تقاطع المؤشرات (Recouplement des indices).

٢٣- إن الاضطرابات النفسية التي تظهر ببطء ممكن أن تعكس اختلالاً بسيطاً في الغدد الصماء أو ممكن أن تعكس مثلاً ورماً دماغياً ينمو ببطء.

٢٤- الاضطرابات النفسية السريعة الظهور غالباً ما تنجم عن معاناة نفسية عنيفة ومفاجئة.

٢٥- الاضطرابات النفسية العنيفة ممكن أن تعكس مرضاً نفسياً أو عقلياً مستتراً.

كما ان تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يقتضي من الفاحص ان يتحرى النقاط التالية:

- ١- اذا كان المفحوص قد تعرض سابقا لحالات تشنج او لفقدان الوعي.
- ٢- اضطراب تصرفات المفحوص.
- ٣- اذا ما سبق للمفحوص أن فكر أو حاول الانتحار.
- ٤- اذا ما تعرض المفحوص سابقا لحالات الخبل.
- ٥- اذا ما سبق للمفحوص تلقي العلاج النفسي. وفي هذه الحالة نوعية هذا العلاج.
- ٦- العلائم المرافقة للاضطرابات النفسية (كآبة، همود، تفكير بالانتحار، عدائية، هذيان، هياج... الخ).

٢- الفحص العيادي النفسي:

اذا كانت الخطوة الأولى للفحص النفسي، وهي تحديد التاريخ المرضي للمفحوص، على درجة كبيرة من الأهمية الا ان الخطوة الثانية، المتمثلة بالفحص العيادي- النفسي، لا تقل عنها أهمية. فالأولى كما لاحظنا ممكن اجراؤها من خلال معلومات مستقاة من أقارب المريض ومحيطه. أما الثانية فهي تقتضي مواجهة: فاحص- مفحوص.

هذه المواجهة التي تفرض على الفاحص الاعتماد على عاملين أساسيين في تشخيصه وهذان العاملان هما:

- أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.
- ب- الحوار مع المفحوص.

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

وهذه الدراسة كانت موضوع الفصل الأول من هذا الكتاب. ولهذه فإننا سنعمد إلى إعادة عرضها بإيجاز مع التأكيد على بعض العوامل الواجب متابعتها في حالات المرض النفسي.

١- دراسة شكل الوجه وتعابيرها التي يمكن أن تعكس الانهيار، القلق، الحيرة، التناقض أو النشاز (Discordance) أو فقدان القدرة على التعبير والإيماء... الخ.

٢- حركات المفحوص: هل هي متصنعة أو غريبة أو مقولبة (Stréereotype) أو تشنجية من نوع العقلة (Tic).

٣- مزاج المفحوص ويمكن أن ينعكس من خلال مظهره وتصرفاته، ويمكن أن يكون المفحوص متفائلاً أو متشائماً، ضاحكاً أو باكياً أو متراوفاً بين الضحك والبكاء دون أي سبب ظاهر.

٤- النظرة ويمكن أن تكون ثابتة^(٢٦)، متحركة^(٢٧)، كثيرة الحركة^(٢٨)، أو بوهيمية^(٢٩).

٥- ثيابه، تسريحته، طريقة انتقاله للالوان، درجة غرابته هندامه. كلها عوامل تساعد الفحص النفسي من طريق مساعدتها في تأكيد أو نفي المؤشرات.

٦- مراقبة النشاط الحركي العام للمفحوص. هل هو جامد وهامد أم أنه في حالة ذهول. هل يرتجف لا إرادياً، هل هو مضطرب ومهتاج، هل يتخذ مواقف

٢٦ - كما في حالات الكلبة والانهيار والهمود والمراحل الفصامية - الاكتئابية... الخ.

٢٧ - كما في حالات القلق والرهاب.

٢٨ - كثيرة الحركة مع لمعان في حالات الهوس.

٢٩ - كما في حالات الجمود العاطفي - الفصامي

تخشبية (Cathatonique) او العمه الحركي (Apraxie) أو اذا كان المفحوص يعاني من الهبوط الحيوي (Echokinésie).

ب- الحوار مع المفحوص:

كثيرة هي المدارس النفسية التي تعتمد الحوار أساساً للفحص النفسي. بحيث تهمل أو تكاد بقية الفحص النفسي، وأشهر هذه المدارس هي مدرسة التحليل النفسي بفروعها المتعددة.

وإيا كانت الأهمية التي يعلقها الفاحص النفسي على الحوار والدور الذي يعطيه هذا الفاحص للحوار كعامل محدد للتشخيص. فإن هذا الفاحص لا بد أن يعترف بأن الحوار هو أصعب وأعقد مراحل الفحص النفسي.

والحقيقة أن خبرة الفاحص هي العامل الأساسي المحدد للحوار ولأهمية النتائج التي يمكن أن تستخلص منه. وكنا قد أشرنا إلى ذلك في سياق حديثنا عن الصفات الواجب توفرها في الفاحص النفسي. ونحن لا نبالغ إذ نقول بأن الفاحص النفسي الجيد يستطيع مع طريق الحوار، أن يختصر الكثير من جهد وكلفة الفحص النفسي متجنباً إجراء العديد من الفحوصات الطبية والقياسات النفسية.

ونظراً لتضارب الآراء في هذا المجال وضيق المجال لعرضها فإننا نكتفي بعرض النقاط الواجب على الفاحص استخلاصها من خلال الحوار. وهذه النقاط هي التالي:

١- اضطراب الحديث لدى المفحوص: وهذا الاضطراب هو أول ما يلتفت النظر أثناء الحوار مع المفحوص. وهذا الاضطراب ممكن أن يكون على أنواع هي:

(أ) التأتأة بأنواعها (التبري، الارتعاشي الخ..)

ب) الحبسة التركيبية^(٢٠)

ج) الذرائعية (Pragmatisme)

د) الثثرة أو اللغط (Verbigeration).

٢- ادراك المفحوص للزمان والمكان: ومن المهم الملاحظة أن هذا الإدراك لا يكون متكاملًا لدى الأولاد دون الحادية عشرة. وتحديد مدى هذا الإدراك يمكن أن يتم بطرق عديدة. أبسطها سؤال المفحوص عن تاريخ اليوم وعن عنوانه ومكان وجوده.

٣- إدراك المفحوص لجسده وللعالم الخارجي: وكنا قد شرحنا اضطرابات ادراك الجسد وعلاقته بالعالم الخارجي أثناء حديثنا عن العوامل المكونة للشخصية. ومن هذه الاضطرابات نذكر بـ: أ) العمه، ب) الأوهام ج) التهيؤات.

٤- الانتباه: وقد سبقت الإشارة لاضطرابات الانتباه، والحقيقة أن قياس هذه الاضطرابات هو أمر لا يصعب على الفاحص خاصة مع وجود قياسات الانتباه النفسية (أنظر فصل القياسات النفسية).

٥- الذاكرة: وهي من أهم العوامل التي يجب على الفاحص النفسي تحديدها. ذلك أن اضطرابات الذاكرة إلى جانب كونها العارض المميز لعدد من الأمراض النفسية والعصبية، فهي جديرة بأن تؤدي إلى اضطراب السلوك. فالشخص الذي يفقد ذاكرته يتصرف وكأنه إنسان آخر وشخصية أخرى.

٦- قدرة المفحوص على التجريد، مقدرة في الحكم على الأشياء وكذلك مدى اطلاعه.

٢٠ - الحبسة التركيبية (Agramatisme): هي انخفاض القدرة على تركيب الكلمات وصياغتها في إطار قواعد اللغة الصحيحة. لذلك يلجأ المصاب بهذه الحبسة إلى اعتماد أسلوب البرقيات في حديثه مع الآخرين.

٧- مدى ثقافة المريض: وهذه النقطة شديدة الأهمية والحساسية بالنسبة للفحص النفسي. ذلك أن هناك فئة من المفحوصين تكون ميالة للاستخفاف بالفحص والفاحص معا وعلى سبيل المثال نذكر الحالات التالية:

أ- المنهار (مصاب بالانهيار): الذي يعتبر عادة أن عوامل انهياره واسباب هذا الانهيار هي كارثيه وغير قابلة للإصلاح بما يجعلها أكبر من الفحص والعلاج وهو لا يلجأ للمعالج النفسي الا في حال خوفه من تهوي قدراته العقلية وانخفاض قدرته على التحكم في مجرى تفكيره الشاؤمي فإذا ما تخطى هذا الخوف فإنه يعود من جديد لتبخيص الفحص والفاحص وعلاجه. ولذلك فإن أفضل الأساليب في علاج هذه الفئة من المرضى هي الاعتماد على العقاقير المضادة للانهيار كأساس لعلاجهم^(٣١).

ب- المدمن: الذي كثيراً ما يتصرف مع الفاحص من منطلق أنه (أي الفاحص) لم يخبر لذة المخدرات أو يجربها ... الخ، ولذلك فهو سخييف وعاجز عن فهم اللذة وتهم المفحوص. والحقيقة أن المدمنين يمارسون هذا التبخيص بطريقة جد دبلوماسية بحيث أن غالبية الفاحصين النفسيين (باستثناء أصحاب الخبرة في المجال) لا ينتبهون إلى هذه الدفاعات لدى المدمنين.

ج- الهستيري: وغالبية هؤلاء من النساء وأولى خطوات تبخيص الفاحص في هذه الحالات تبدأ بمحاولتهن اغراءه.

وهذه الفئة من المفحوصين التي أعطينا حولها بعض الأمثلة لا تثنى بالفاحص بما فيه الكفاية ولذلك نلاحظ لديهم رغبة في محاولة اظهار تفوقهم على الفاحص. وبما أن الفاحص يجيد التحكم في ردات فعله فهم يلجأون غالباً لتوجيه عدد

٣١ - إن العلاج بمضادات الانهيار يفرض نفسه لأسباب عديدة منها عدم استعداد المريض للاستجابة إلى العلاج النفسي ومنها أيضاً كون الانهيار اضطراباً مزاجياً مرتبطاً بسلسلة متغيرات بيولوجية. للتعمق انظر - معجم العلاج النفسي الدوائي - مرجع سابق الذكر.

من الاسئلة من نوع ماذا كنت تفعل لو كنت مكاني؟ هل لي أن أسألك سؤالاً خاصاً؟... الخ. أما إذا كان المفحوص متقافاً فإنه يحاول جر الطبيب الى نقاش ثقافي يكون هو (أي المفحوص) صاحب باع طويل فيه. ولهذا وجب على الفاحص تجنب هذا المأزق.

٨- محتوى أفكار المفحوص: بعد تحديد الفاحص للنقاط السابقة الذكر يستطيع بسهولة أن يستشف محتوى أفكار المفحوص. هذا المحتوى الذي سيتيح له التوجه الجيد في تشخيصه وفي استخلاصه للنتائج فمحتوى هذه الأفكار ممكن أن يكون هذيانياً، وسواسياً، وهما مرضياً أو شعوراً بالتفوق... الخ.

٩- مزاج المفحوص: وقد شرحنا تفصيلاً العوامل المؤثرة في الحالة المزاجية وكذلك اضطرابات هذه الحالة. إلا أن ما يهمنا التذكير به هو تبيين وجود أو عدم وجود فكرة الانتحار لدى المفحوص. فهذه الفكرة تطرح نفسها بصورة قهرية لدى مضطربي المزاج- انظر اضطرابات التفاعل الوجداني في الفصل الثاني.

٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي

قد يختلف العديد من الزملاء معي حول الأهمية التي اعلقها على دور اضطرابات النوم في مجرى الفحص العيادي. والحديث عن هذه الاضطرابات في سياق الفحص النفسي لا يتيح استعراض المستجدات في أبحاث النوم. لذلك اختصر وجهة نظري بهذا الخصوص بالتذكير بالعلاقة القائمة بين حرمان النوم وظهور المظاهر الذهانية. إذ تتبدى هذه المظاهر لدى أي شخص حرم من النوم لأكثر من ٤٨ ساعة متواصلة. ولقد دلت الأبحاث على أن النوم هو حصيلة جملة إقرازات دماغية تؤثر في حالة الاختمار الدماغي تحدث النوم. كما دلت هذه الأبحاث على وجود اضطرابات النوم ليدعم تشخيصه للاضطراب. وفي ما يلي بعض الأمثلة:

أ- نوم مرضى الانهيار (الاكتئاب).

يتميز نوم هؤلاء المرضى بالخصائص التالية:

- صعوبة الاستمرار في النوم تكون أكبر من صعوبة الاغفاء. فهم يستيقظون عدة مرات في الليلة الواحدة. فإذا تطورت الحالة فإنهم يستيقظون في ساعات أبكر - وهذا ما نسميه بالارق الصباحي.

- لا تتوالى مراحل النوم الخمس بشكل طبيعي لدى هؤلاء المرضى بحيث تنتقص مرحلة النوم العميق بما يؤدي إلى بداية مرحلة نوم الأحلام بصورة أسرع تظهر الأحلام بعد ١٠ دقائق بدلا من ٦٠ - ٩٠ دقيقة. وحتى في الحالات التي ينام فيها النهار ضعف مدة النوم العادية فإن نومه العميق يبقى ناقصاً.

ب- نوم المهوسين

يملك هؤلاء المرضى قدرة غير عادية على مقاومة النوم والادوية المنومة. وهم يستطيعون البقاء بدون نوم لفترة طويلة لا يقوى عليها الناس العاديون. فإذا ناموا فإنهم يكتفون بقدر بسيط من ساعات النوم.

ج- نوم الذهانين - الهذيانين

يلاحظ مثلا لدى الفصامين تناقص فترة نوم الاعلام مع عودتها إلى طبيعتها بعد نهاية الانتكاسة الفصامية، ولا تتم هذه العودة في حال استمرار المظاهر الهذيانية.

د- نوم العصابين

غالبا ما تتجلى اضطرابات النوم لدى العصابي بصعوبة الاغفاء وهي سمة النوم الخاصة بالقلقين. ونذكرها هنا بأن التحليل النفسي يذكر بعض انواع الاحلام الخاصة بالعصابين والتي تؤدي الى استيقاظهم ليلاً بسببها.

هـ- نوم المرضى الجسديين

لم يحدد البسيكوسوماتيون أنماطاً خاصة لنوم المصابين بالأمراض الجسدية. إلا أنهم حددوا أنماط الحياة الحلمية لهؤلاء المرضى. وهذه الأنماط هي بحسب بيار مارتي (٣٢):

- غياب الأحلام
- الأحلام العملية
- الأحلام التكرارية
- الأحلام الفظة

و- نوم المسنين

تختلف اضطرابات النوم لدى المسن باختلاف حالته العضوية. ولعل أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً هي تلك الناجمة عن الانهيار بسبب تقدم العمر وهي تتميز باغفاءات قصيرة أثناء النهار وباغفاء في الساعات الأولى من الليل ثم الاستيقاظ الليلي.

أما الشغب الليلي (Tulburance nocturne) فإنه قد يرافق الحالات الانهيارية وقد يأتي منفرداً لمحاولة من قبل المسن للفت انتطار المحيط إليه أو كردة فعل أمام خوف المسن من الموت ليلاً في حين ينام أقرباؤه.

بعد هذا العرض الموجز والمقتضب لعلائم اضطرابات النوم ولاسيما التشخيصية فإننا نؤكد على ضرورة تحري الفاحص لاضطرابات النوم لدى مفحوصه (بسؤال المفحوص ومحيطه. ذلك ان بعضهم ينكرون أو يجهلون خصائص نومهم). بل اننا ننصح الفاحص بعدم التسرع في وضع تشخيصه للحالة

٣٢ - بيار مارتي: العلم والمرض النفسي والنفسي، منشورات مركز الدراسات النفسية، ط١ (١٩٨٧) و ط٢ (١٩٩٣).

إذا ما لاحظ لدينا علائم اضطرابات جدية على صعيد النوم. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع التأكيد على أن تنويم المريض (Cure de Som meil) يمكنه أن يغير التشخيص الذي يعتمد عليه الفاحص مبدئياً. ومثل هذا الالتباس التشخيصي يمكنه أن يؤدي، ولو في حالات نادرة، إلى فشل العلاج.

هذا مع التأكيد على أن الدورة التنويمية تؤثر بصورة ايجابية في الحالة مهما كان تشخيصها. وذلك بشرط انتقاء المنوم المناسب للحالة.

الفصل الخامس

الفحص الطبي - النفسي

١- الفحص الطبي العام.

٢- دراسة قزحية العين.

٣- الفحوصات المخبرية.

١ - الفحص الطبي العام

"ان طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للجسد ككل. وهذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا. إذ أنهم يفصلون النفس عن الجسد لدى معالجتهم للجنس البشري".

أفلاطون

وانطلاقاً من هذا المبدأ الأفلاطوني قامت المدرسة النفسية - الجسدية التي أثبتت ان هنالك قائمة طويلة من الأمراض (الربو، القرحة، الذبحة القلبية، الانهيار... الخ) التي تعود في أساسها لاضطراب في حالة المريض النفسية.

وبالمقابل أثبت الباحثون دور بعض الأمراض الجسدية في أحداث الاضطرابات النفسية. ومن هذه الأمراض نذكر على سبيل المثال لا الحصر: اضطرابات الدرقية والكظرية والسرطان والالتهابات الى ما هنالك من الامراض المسماة بالنفس - جسدية (بسيكوسوماتية).

بناءً على ما تقدم نلاحظ أن الفحص الطبي - النفسي كثيراً ما يمثل ضرورة ليس تشخيصية فقط وانما علاجية أيضاً. والفاحص يستطيع تحديد اطار هذا الفحص من خلال استعراضه للتاريخ والسوابق المرضية للمفحوص. ونحن هنا سوف نحاول أن نلخص خطوات الفحص الطبي - النفسي. محاولين بذلك اتمام الفحص النفسي من كافة وجوهه.

والفحص الطبي - النفسي يجري وفقاً للأسس التالية:

١ - فحص أغشية الجسم:

ومن خلال هذا الفحص على الفاحص أن يحدد: (أ) وجود آثار الحقن (دليل امان مخدرات تحقن بالوريد). (ب) فحص بطانة الأنف (دليل تنشق المخدرات). (ج)

وجود آثار لمحاولات انتحار سابقة (قطع شرايين اليد مثلاً). د) وجود التشوهات الخلقية و هـ) وجود آثار عنف بادية على جلد المفحوص (قد تكون دليلاً على ما زوشيته أو قد تنشأ عن صدمة ذات أثر في سلوكه الحالي... الخ).

٢- فحص الجهاز العصبي:

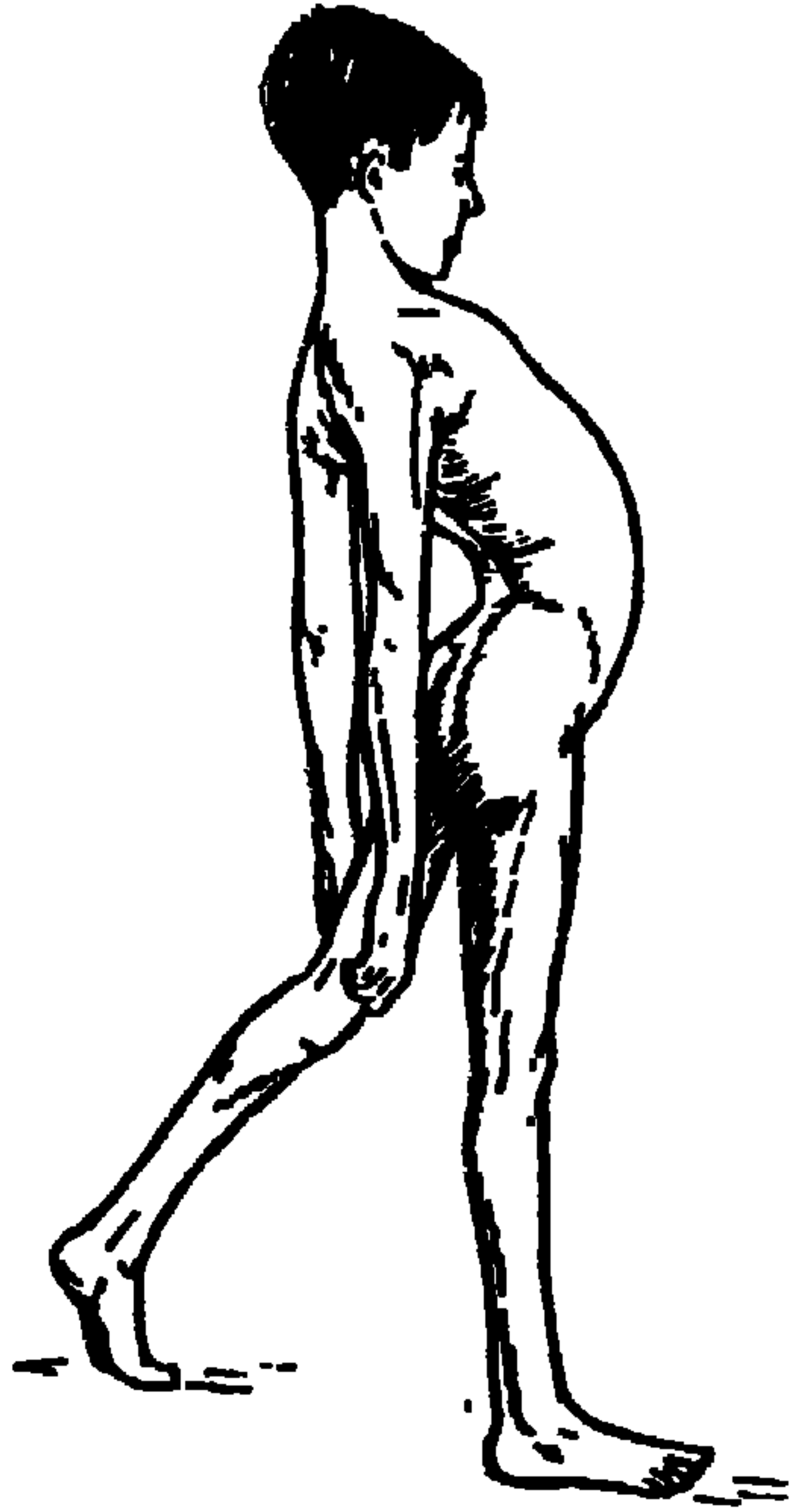
وهو فحص أساسي في الطب النفسي ويهدف إلى تحديد امكانيات وجود تلف عصبي من شأنه أن يؤثر في الحالة النفسية للمفحوص. ويعتمد هذا الفحص على تحديد الاحساسات الذاتية والموضوعية للمفحوص وكذلك دراسة ارتكاساته العصبية. ومن المهم الانتباه أثناء الفحص العصبي للنشاط النفسي - الحركي للمفحوص إلى مراقبة حركته (يمكن أن يكون مصاباً بالشلل الارتعاشي أو أن يعاني شكلاً من أشكال العمه... الخ) والفحص العصبي يكتمل من خلال مراقبة مشية المفحوص هذه المشية التي يمكنها أن تعكس عدداً من الاصابات العصبية كما نلاحظ في الصور التالية:

٣- فحص الجهاز التنفسي:

اذ من الممكن أن يتعرض المريض لصعوبات جمة، قد تؤدي بحياته وذلك في بعض حالات المرض النفسي - العصبي كالصرع^(١) أو الامتناع^(٢) قسراً عن تناول المخدرات بعد إدمانها... الخ.

١- أثناء نوبة الصرع الكبرى (Grand Mal) وخاصة في حالات السوء الصرعي (Mal Epileptique) فإن المريض يوشك على الاختناق بسبب الاضطرابات العصبية - الدماغية المرافقة للنوبة واحتمالاً بسبب ابتلاع المريض للسنة. لهذا فإن الخطوة العلاجية الاولى في هذه الحالات هي تأمين تنفس المريض.

٢- يترافق الامتناع عن المخدرات بمظاهر القطار (Sevrage) - للتعلم في هذا الموضوع انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - فقرة المخدرات.



مشية المصاب بأفة عضلية.



مشية المصاب بالـ سُهام (Tabès)



تمثل هذه الصورة أحد أكثر أنواع الشلل
الهستيري شيوعاً وهو شلل العصب الـ
حقوي (المعروف بعرق النسا) لاحظ كيف
يجر المريض رجله المشلولة. وبالطبع فإن هذا
للشلل يمكن أن يكون ناجماً عن إصابة
عضوية حقيقية.



مشية المصاب بالشلل النصفي التشنجي.

وفي النهاية نعرض هذا الجدول الذي يلخص مختلف المشيات المريضة



مشية المصاب بشلل
جزئي في قدميه



مشية المصاب
بالمخيف



مشية المصاب
بالسهم



مشية المصاب بـ
الاختلاجات التشنجية



مشية المصاب
بتشنج إلتوائي



مشية المصاب بأفة
عضلية



مشية المصاب بشلل
نصفي تشنجي



مشية المصاب بشلل
عرق النسا



الشلل الهستيري حيث يجر
المريض قدمه باتجاه السهم



المشي الأعرج وهو لدى المصاب بأوجاع
عرق النسا وغيرها من الأوجاع في قدميه

٤ - فحص الجهاز الهضمي:

ويهدف هذا الفحص الى تحديد أنواع العقاقير الواجب تجنبها في علاج المريض. وكذلك تحديد وجود اضطرابات نفسية - وظيفية في هذا الجهاز مثل القولون المتوتر (مرض كرون)، أو تحسس المعدة. وكذلك تحديد وجود أمراض هضمية ذات منشأ نفسي^(٣).

٥ - فحص القلب والأوعية الدموية:

في حال إصابة المريض النفسي بمرض قلبي فإنه من الطبيعي أن نوجه العناية الرئيسية لمعالجة هذا المرض. وذلك قبل المباشرة بالتشخيص أو بالفحص النفسيين. أما إذا كان هذا المرض القلبي غير مؤثر، أو كان يحظى برعاية اختصاصية، بشكل يسمح للفاحص أن يقوم بفحصه فإن المرض القلبي يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار سواء لجهة الفحص أو التشخيص أو العلاج^(٤).

٦ - فحص الغدد الصماء:

ذلك ان اضطراب إفراز هذه الغدد يؤدي الى اضطراب التوازن الهرموني في الجسم. وهذا ممكن أن ينعكس من خلال تغيرات سلوكية عديدة تطرأ على شخصية المفحوص^(٥).

٣- للتعقّل انظر الأمراض النفسية وعلاجها - مرجع سابق الذكر.

٤- ان الإصابة بأمراض القلب تغترض حذر الفاحص وتيقظه. إذ تجب وقاية هذا المريض من الانفعالات العنيفة ومن الذكريات المؤلمة. كما ان هذه الإصابة تتعارض مع استعمال العديد من الادوية النفسية. أما عن الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطرابات القلب فسيأتي ذكرها في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

٥- انظر قرة الاضطرابات الخدية في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

٧- فحص العين:

ونخصص له فقرة منفردة في هذا الفصل.

٢- دراسة العين

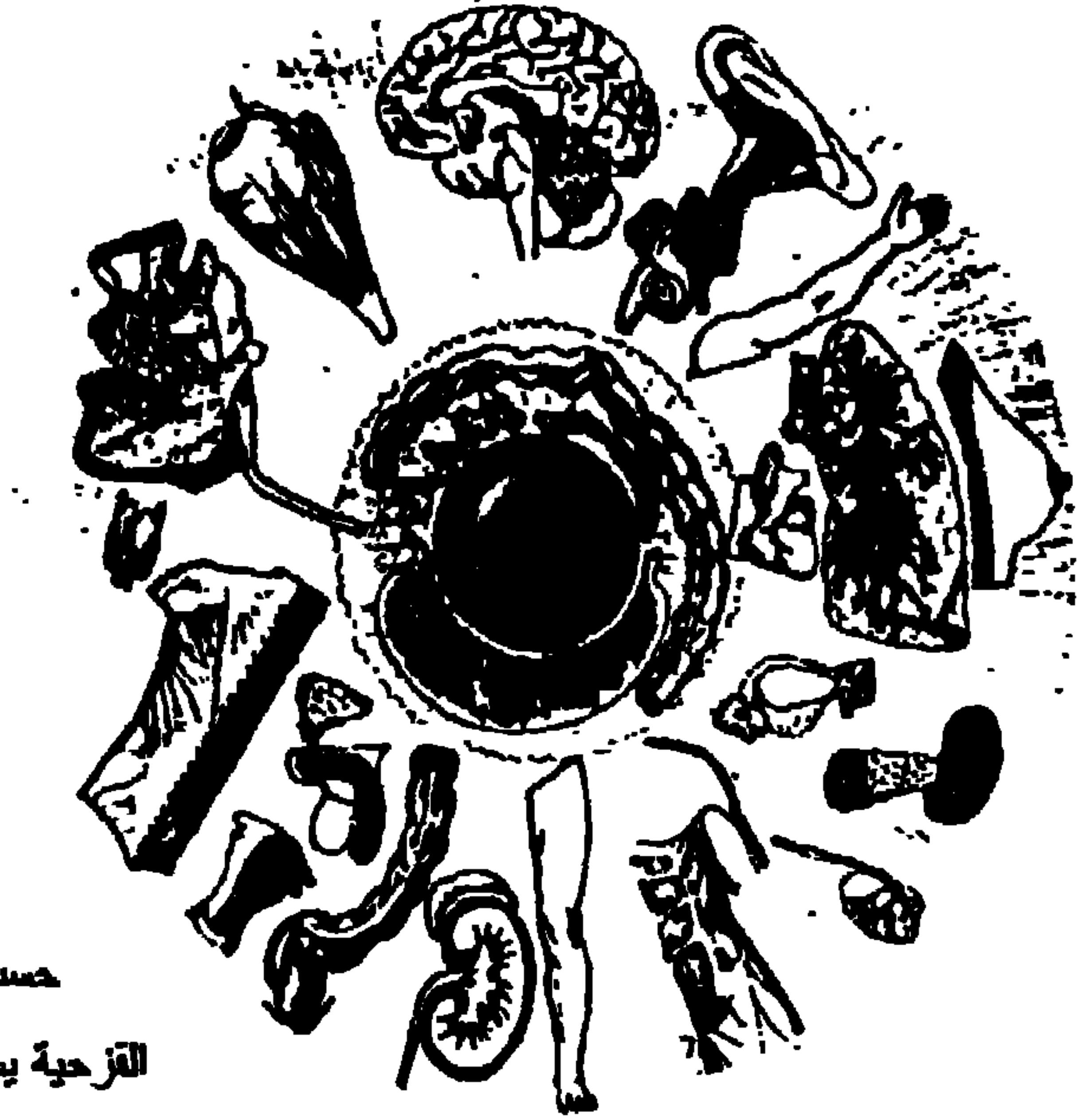
لم تعد العين مجرد نافذة نطل من خلالها على نفسية المفحوص، محاولين تحديد سلوكه من خلال لون العينين، كبرهما أو من خلال نظراته، بل تعدت (أي العين) ذلك لتصبح عنصراً رئيسياً من عناصر التشخيص المرضي وبشكل خاص في تشخيص الأمراض النفسية. وذلك بعد وضع أسس ما يسمى بـ علم دراسة القرحة (Iridologie).

وحقيقة الأمر أن الربط بين اضطراب القرحة والحالة الجسدية لشخص ما هي فكرة تعود في أساسها إلى العام ١٨٧٠ حين لاحظ إيغناز بيشيلي Ignatz Peczely تغيرات واضطرابات في قرحة الحيوانات المصابة بجروح أو بمرض. كما لاحظ لاختفاء هذه الاضطرابات لدى شفاء الحيوانات.

واليوم بعد دراسات مستفيضة في هذا المجال استطاع الباحثون أن يضعوا أسس علم للدراسة القرحة. وقسم هؤلاء الباحثون القرحة إلى اثني عشر قسماً (مثل الساعة) بحيث يعكس كل قسم منها حالة واحد من أعضاء الجسم. وذلك وفق الصورة التالية:

وهكذا فإن ملاحظة الفاحص لبقعة بيضاء في منطقة أحد الأعضاء تعني إصابة هذا العضو بمرض ما. فإذا كانت هذه البقعة في مكان عقرب الساعة الثالثة فإنها تعني وجود مرض رئوي. أما إذا كانت البقعة مكان عقرب الساعة السابعة فهي تعني إصابة البروستات أو المبيض... الخ. على أن ما يهمنا في هذا المجال هو الدلالات النفسية لفحص القرحة هذه الدلالات التي يشرحها البروفسور جان كلود هودريه Jean Claude Houdret (رئيس المعهد الفرنسي لدراسة القرحة) نقلاً:

إن فحص القرحية وفق الرسوم الظاهر في محيط القرحية يستطيع اخصائي دراسة قرحية العين أن يحدد العضو المصاب وأن يكتشف مختلف المظاهر المرضية فيه.



حسب موقع العلام على
القرحية يستطيع فاحص القرحية
اكتشاف الأعراض المرضية.

لا يلغي الفحوصات والتحليل الطبية التقليدية ولكنه أسهل منها، أبسط وأوفر. وفحص القرحية ممكن أن يسد ثغرة كبيرة في الأساليب التقليدية للفحوصات الطبية فكثيراً ما يأتينا مريض محملاً بملفات لا تنتهي من الفحوصات تثبت أنه سليم معافى. ومن الطبيعي ألا يفتح المريض بهذه الفحوصات فنحن لا نستطيع أن نقول للمريض بأنه معافى في حين يعاني هو من الآلام ويشعر فعلاً بأنه مريض.

ويتابع الدكتور هودريه: إن هؤلاء المرضى من الشنجيين (Spasmophylie) الذين يعانون اضطرابات نفسية - فيزيولوجية. هؤلاء هم تلك الفئة من الناس التي تركز قلقها النفسي على هذا العضو أو ذاك. الأمر الذي يتسبب بظهور اضطرابات وظيفية في هذا العضو. ومن هذه الأمراض النفسية - الوظيفية - (Psycho

(physiologique) يذكر هودريه حالات المغص، تقلصات المعدة، الشقيقة، صعوبات الهضم المؤلمة، الإمساك، الاسهال، اضطرابات النوم... الخ.

وهذه الامراض تشخص بدقة بفحص القزحية البسيط في حين تفشل أكثر الآلات تطوراً في تشخيصها.

ولنتعرض الآن مبادئ فحص القزحية فنلاحظ:

(١) إن اختلاف لون القزحية، من عينٍ لأخرى لدى ذات الشخص، يعني الضعف الجسدي (إذا لم يكن خلقياً).

(٢) إذا كانت القزحية مركزة، منتظمة ومشدودة. فإنها تعكس صحة المفحوص الجسدية وبعده عن الأمراض النفسية. إلا أنها تعني أيضاً أن تعرض هذا الشخص للشدّة (Stress) من شأنه أن يؤدي إلى ارتفاع نسبة الدهون في الدم وكذلك فإن هذا التعرض يؤدي إلى احتمال إصابة المفحوص بأمراض الشرايين التاجية (احتشاء قلبي، نوبة... الخ) أي بأمراض القلب النفسية^(٦).

(٣) عندما نلاحظ تقطعاً في شاشة القزحية فإن ذلك يعني اضطراباً وظيفياً متطوراً وحالة نفسية غير مستقرة.

(٤) في حالات التخلف العقلي يظهر فحص القزحية اضطرابات مختلفة باختلاف وضع البؤبؤ بالنسبة لمركز القزحية. كالحول متحد الاتجاه، الحول المختلف الاتجاه، عدم تلون البؤبؤ، شلل النظرة (الجانبية بشكل خاص)، انحلال البقعة الصفراء في شبكية العين، إضافة إلى الاضطرابات التي تنجم عن وهن العصب البصري.

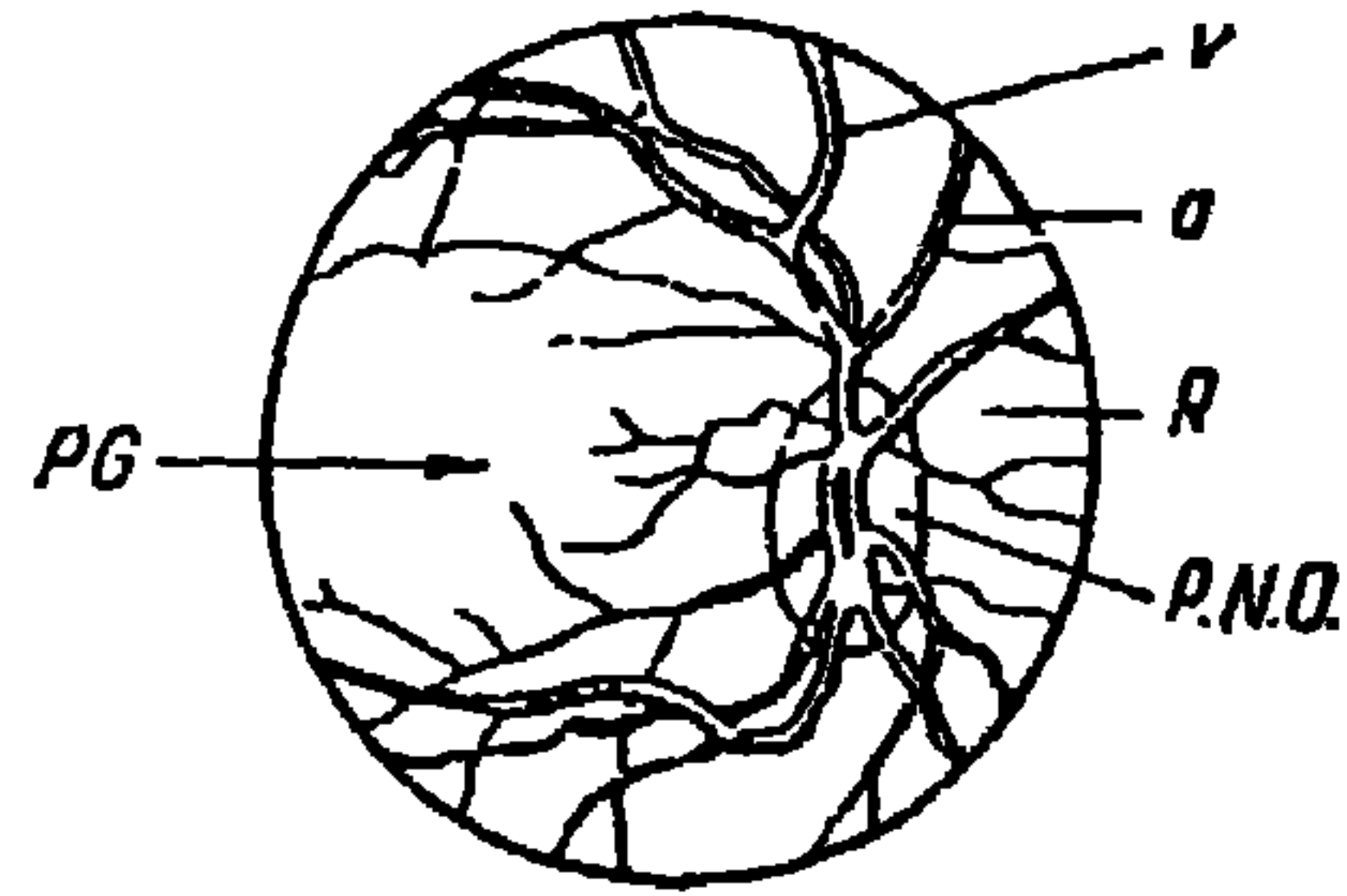
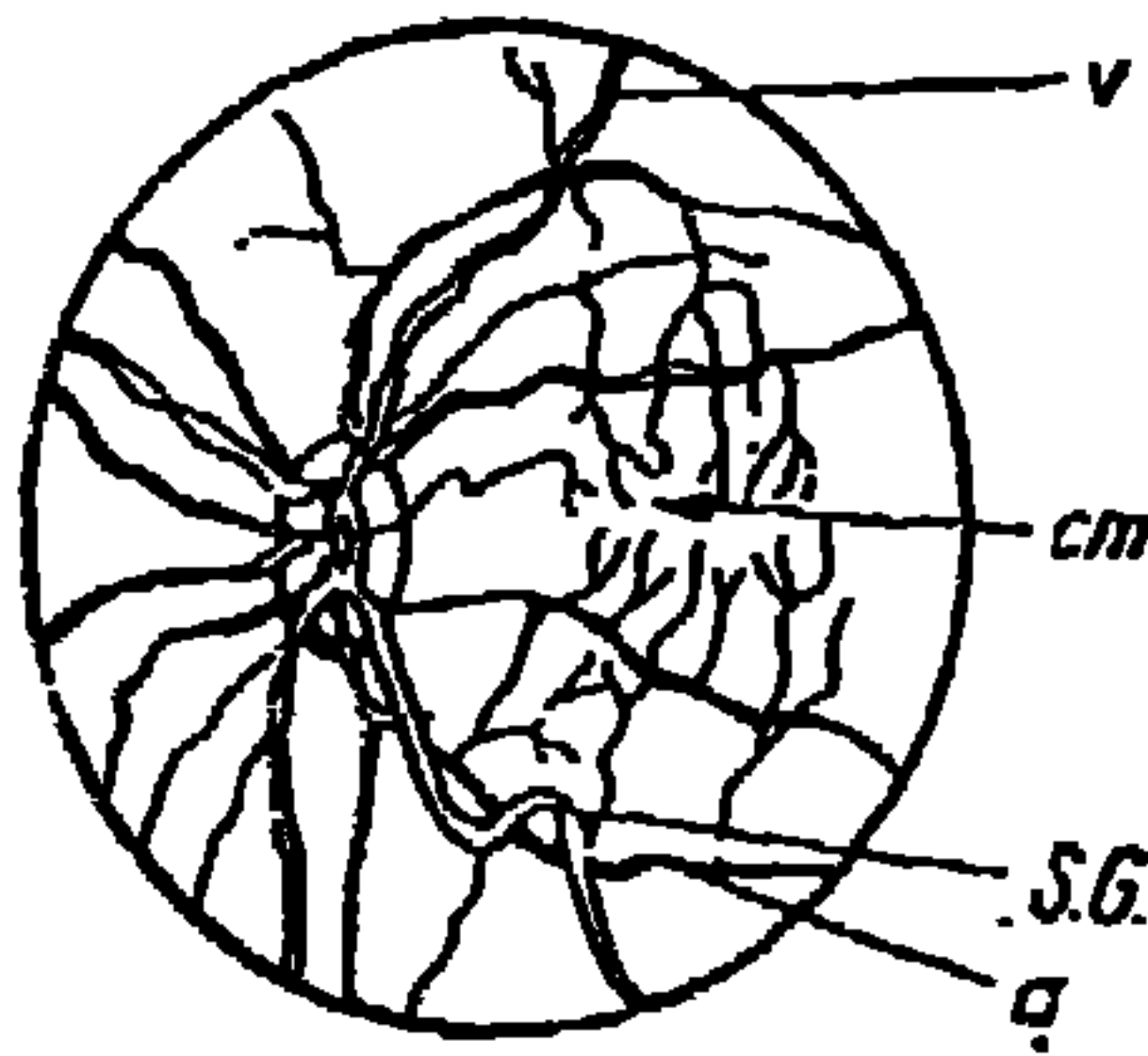
٦- أمراض القلب النفسية - مرجع سابق الذكر.

(٥) في حالة النوبة شبيهة الباركنسونية نلاحظ ظهور حركات العين السريعة مصاحبة أولاً بألم العنق وميلانه. مما قد يوحي بتشخيص الهستيريا إلا أن الحقيقة هي أن هذه المظاهر تدل على حالة تسمم بالمخدرات العصبية أو بالمخدرات.

(٦) العمى الهستيرى: حيث يلاحظ عدم وجود تغيرات عضوية أو في القرنية.

(٧) إيمان الكحول والتدخين: نلاحظ نتائج الالتهاب التسممي للعصب البصري.

(٨) ارتفاع الضغط: عندما يدخل هذا المرض في مرحلته الثالثة والرابعة فإنه قد يصبح مصحوباً باضطرابات نفسية متنوعة. ففي هذه المراحل نلاحظ ظهور الاضطرابات التذكرية، نبول القدرات الذهنية، اللامبالاة، عدم وعي المرضى واضطرابات نفسية متنوعة. وهذه الاضطرابات تتبدى في فحص قعر العين على النحو التالي:



صورة تمثل قعر العين المرضى لمرضى
مصاب بارتفاع الضغط الشرياني في مرحلته
الثالثة.

صورة تمثل قعر العين الطبيعي

٣- الفحوصات المخبرية ونظيرة العيادية

وهذه الفحوصات لا يعتمد الفاحص الى اجرائها ما لم يتأكد من ضرورتها. وفي حال توصل الفاحص الى نتيجة مفادها ضرورة إجراء هذه الفحوصات فإن

المفحوص في هذه الحالة يصبح مريضاً بالمعنى الطبي ولذلك فإننا سنعمد لاستخدام كلمة المريض عوضاً عن المفحوص. وهذه الفحوصات هي التالية:

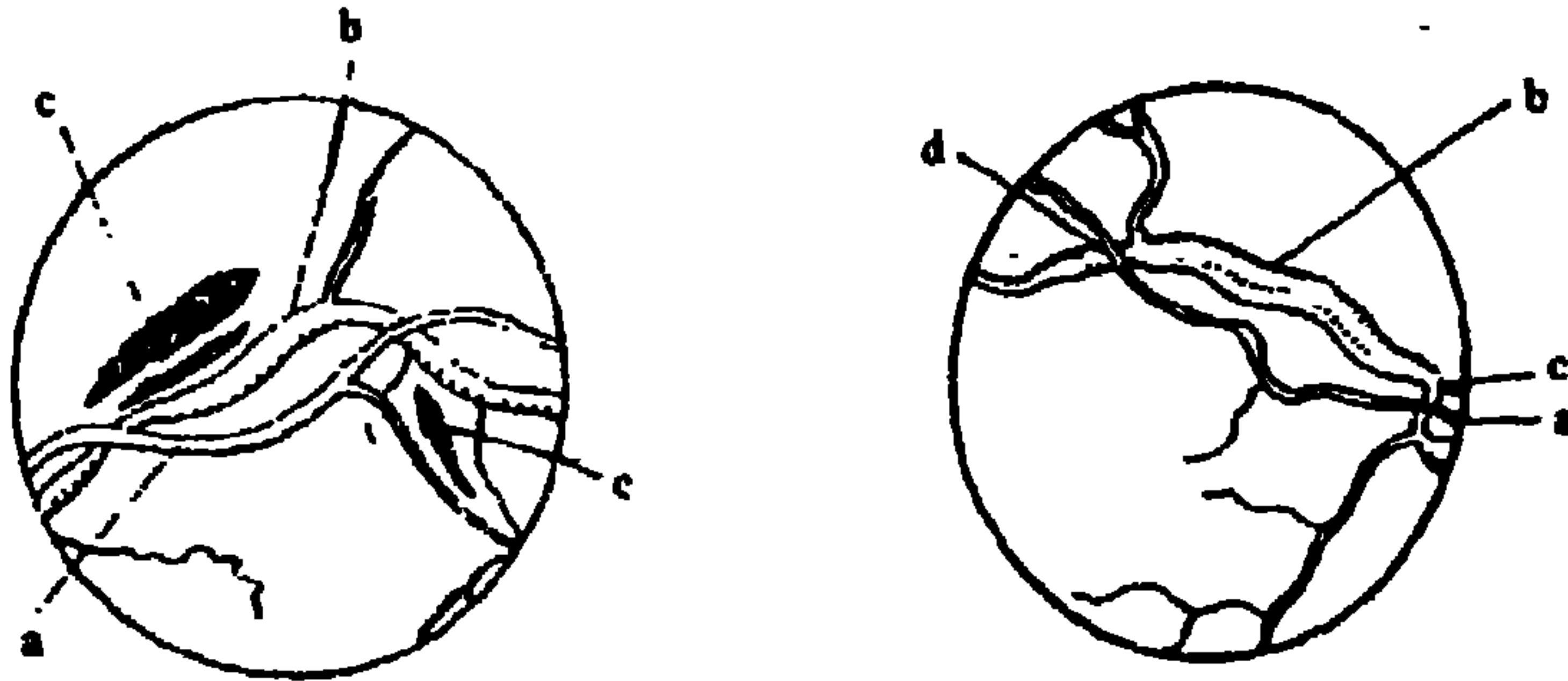
١- فحص العين:

مما تقدم رأينا الأهمية التي يتسم بها فحص العين. ولكن الفحوصات المخبرية للعين هي من عمل الأخصائي. ولذلك سنكتفي بسردها مع شرح بعض التفاصيل المتعلقة بها. وهذه الفحوصات هي:

أ- *Ophthalmodynamométrie*: وهو كناية عن قياس ضغط الدم في الشريان الرئيسي للشبكية. هذا الضغط الذي يساوي في الحالات الطبيعية نصف ضغط الدم في الذراع. ومن خلال هذا الفحص نستطيع أن نتيين فعالية الدورة الدموية في الدماغ.

ب- فحص الحقل البصري.

ج- *Ophthalmoscopie*: ويتيح لنا هذا الفحص رؤية قعر العين بطريقة بسيطة وسهلة. ومن شأن هذا الفحص أن يساعدنا في تحديد عدد من الاصابات في أعصاب العين (*Atrophie optique, Névrite optique etc...*) وتعرض هنا بعض الصور المتعلقة بفحص العين.



صورة قعر عين مريض في حالة ارتفاع الضغط صورة قعر عين نازف. والنزيف حاصل على
ويبدو فيها تقاطعان بين شريان العين ووريدها مستوى تقاطع الشريان (a) مع الوريد (b).

٢- فحص الأشعة العصبية:

وهذا الفحص يجري بعدة وسائل مخبرية يحددها الفاحص (الطبي العصبية) وهذه الوسائل هي:

أ- التصوير الشعاعي للجمجمة: وتساعدنا هذه الصور على تحديد وجود تشوهات في عظام الجمجمة سواء أكانت هذه التشوهات خلقية أو ناجمة عن حوادث ورضوض.

ب- تصوير الأورام بالكمبيوتر (Tomographie Compiutérisée): ويفيدنا هذا الفحص في تحديد وجود أورام أو تشوهات دماغية.

ج- (Pneumo Encéphalographie): وتتلخص هذه الطريقة بتصوير المناطق الدماغية بعد سحب السائل الشوكي بإبرة خاصة ومن ثم الحقن التدريجي بالهواء مما يولد فراغاً يسهل عملية التصوير. ويجب الحذر في مثل هذه الفحوصات من ارتفاع ضغط الدم في الدماغ.

د- Angiographie Système Carotidien: وهذه الطريقة تستخدم حقن مادة الـ Contrast.

هـ- Scinyigraphie Cérébrale: التسجيل الشعاعي للدماغ. وتتلخص هذه الطريقة بتصوير توزع ايونات اليود والتيلور المشع في الدماغ.

و- Encéphalocarotidogramme: وهي عبارة عن انخال غازات مشعة و(Interne) وذلك من طريق الحقن في الشريان الأبهر (Carotide). وهذه الطريقة تتيح لنا أن نقوم بالوقت ذاته بقياس الدورة الدموية في مختلف أنحاء الدماغ.

ز- التصوير الشعاعي المسجل (Radioscintigraphie): وهي تقنية تشبه التسجيل الشعاعي ولكنها تتم من طريق حقن الـ Radiotracteur مباشرة في السائل الشوكي.

كما أن هناك وسائل عديدة منها: التخطيط الدماغي بواسطة محبس لاقط - مرسل، التخطيط بالموجات ما فوق الصوتية، التخطيط الحراري... الخ. أما الوسيلة الاحدث فهي تصوير مناطق الدماغ بالرنين المغناطيسي M.R.I. - Magnetic Resonance Imaging).

٣- تخطيط النشاط العضلي (Electromyogram).

وهذا التخطيط يتيح لنا تحديد كفاءة وتكامل الخيوط العصبية الحركية، الوصلات العصبية (Synapse) وكذلك اللوحات العصبية. وتخطيط النشاط العضلي يتيح لنا تحديد أمراض مثل الوهن العضلي، التهاب نهايات الأعصاب واضطراب التوصيل العصبي - العضلي. وهذه الطريقة مفيدة أيضاً في تشخيص زيادة إفراز الدرقية (المستترة) والكزاز الكامن (Tétanie latente).

٤- التحاليل الكيميائية

إن أهم التحاليل الكيميائية المستخدمة في ميدان الفحص النفسي - العصبي هي تحاليل السائل الشوكي (L.C.R). وهذه التحاليل لا تجرى عادة ما لم تكن ضرورية للتشخيص. وهذا ما يحدث في حالات مثل التهاب السحايا - الأعصاب^(٧) الناجم عن الزهري.

وفي الحالات الطبيعية يكون حجم السائل الشوكي مولزياً لـ 140 ± 30 مل لدى البالغ. و $80 - 120$ مل لدى المراهق أما لدى الرضيع فهو لا يتجاوز الـ $40 - 60$ مليايتراً.

أما عن ضغط السائل الشوكي فيختلف باختلاف وضعية جسد المريض وباختلاف المنطقة التي نقيس فيها هذا الضغط. وفي الحالات الطبيعية يكون هذا

٧- انظر فقرة التهابات في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

الضغط في حدود الـ ٤٥ (سم^٢ مياه) في وضعية الجلوس، في منطقة الفقرات القطنية ولدى البالغ. والسائل الشوكي يبدو صافياً، رقيقاً ولكنه ممكن أن يتعكر في أمراض عديدة. فهو:

أ- متعكر ويحتوي على القيح في حالات التهاب السحايا المترافقة بتحريك متعددة النواة.

ب- مائل للاحمرار ويحتوي على الدم في حالات النزيف.

ج- مائل للاخضر وذلك في حالات نادرة منها التهاب السحايا الناجم عن المكورة الرئوية.

د- مائل للبنّي وذلك في حالات نادرة أيضاً. منها التهاب السحايا المصحوب بالنزيف وبالجرثيم اللاهوائية.

أما من حيث تحليل السائل الشوكي وتحديد الخلايا التي يحويها. فمن الملاحظ أن السائل الشوكي يحتوي على العناصر التالية:

أ- من صفر الى ثلاثة كريات لمفاوية (Lymphocyte) في كل مليمتري مكعب منه.

ب- الزلال (Albumine): وهذا الزلال إذا ما زادت نسبته عن ٠,٣ غ بالألف وكان المريض مصاباً بارتفاع عدد الكريات اللمفاوية الى ١٠ فأكثر في المليمتري المكعب الواحد. فإن هذه الدلائل قد تشير الى التهاب السحايا الفيروسي او الى بداية شلل الاطفال، او الى ضربة الشمس.

ج- نسبة السكر في السائل الشوكي. ونعمد الى هذا التحليل في حال التهاب السحايا حيث ترتفع نسبة السكر إذا كان السبب فيروسياً أكثر من ارتفاعها إذا كان السبب بكتيرياً.

د- نسبة الكلور في السائل الشوكي. هذه النسبة التي تساوي ٧ - ٧,٤ غرام بالألف في الحالات الطبيعية. فإذا ما تددت هذه النسبة الى ما دون ٦ غ/ كان ذلك علامة لالتهاب السحايا بسبب السل.

هـ- حامض اللبنيك (Acide lactique): ونسبته الطبيعية ١,٥ - ٢,٢ m Eq/ Litre وترتفع هذه النسبة في التهاب السحايا البكتيري.

و- الكحول الأيثلي (Alcool Éthylique): ويظهر في السائل الشوكي في حال التهاب السحايا الفطري.

٥- التخطيط الكهربائي للدماغ^(٨)

يصر البعض على إعطاء هذا التخطيط أهمية قصوى. في حين يميل البعض الى الانتقاص من هذه الأهمية. وعلى أية حال فان هذا التخطيط هو وسيلتنا الوحيدة لتكون فكرة تقريبية عن النشاط الفيزيولوجي للدماغ. فهذا التخطيط لا يترجم سوى جزء من حيوية الدماغ الكهربائية. والتخطيط يترجم هذه الحيوية بشكل موجات من شأنها ان تساعدنا في التشخيص كما في تحديد المناطق الدماغية المصابة.

والحقيقة ان الموجات، التي يسجلها جهاز تخطيط الدماغ، تبدو في ظاهرها شديدة التعقيد وصعبة التفسير. ولكن هذه الصعوبة ليست سوى ظاهرية. ذلك أن قراءة هذا التخطيط تقتضي الخطوات التالية:

أ- تحديد مواصفات الموجات المسجلة من حيث شكلها، ترددها وسعتها (Amplitude).

ب- أن يعرف القاصص الأشكال الطبيعية للموجات ألفا، بيتا، ثيتا و دلتا التي تتناوب على الظهور في التخطيط الطبيعي.

وللتعرف على مواصفات هذه الموجات تمكن مراجعة الجدول التالي:

٨- محمد أحمد النابلسي: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.

الوحدة	ألفا (α)	بيتا (β)	غاما (γ)	دلتا (D)	
دورة في الثانية	٨-١٣	١٤-٣٠	٤-٧,٥	٠,٥ - ٥,٥	التردد
ميكرو فولت	١٠-١٠٠	٥-٣٠	٤٠-٧٠	٢٠-١٥٠	Amplitude النسبة
النسبة المئوية	٢٠-٩٠ %	٢-٣٠ %	١٠-١٥ %	% (تغيب فيه المادة)	النسبة المئوية لكل موجة بالنسبة لمجموع الموجات
	الكراس	غير منتظمة وسريعة	الكراس عرضية	أحياناً قوسية وأحياناً متعددة الأشكال	شكل الموجة
	نعم	لا	نعم	لا	مترامنة
	نعم	لا	نعم	لا	متوازية
	المنطقة الخلفية من الدماغ	المنطقة الأمامية	المنطقة الصدغية	متغيرة	مكان إصدارها
	موجة غير مترامنة	لا تتغير	لا تتغير	منقطة	تنتج الدماغ بفعلها الى موجة

الفصل السادس

الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ

- ١- الاضطرابات الناجمة عن اضطرابات الأيض.
- ٢- الاضطرابات المصاحبة لأمراض القلب.
- ٣- الاضطرابات المصاحبة للأمراض العصبية القرواجية.
- ٤- الاضطرابات الناجمة عن الالتهابات.
- ٥- الاضطرابات المصاحبة للأمراض الغدية.
- ٦- الاضطرابات الناجمة عن تشوه الصبغيات
- ٧- الاضطرابات الناجمة عن التسمم.
- ٨- اضطرابات الحمل والولادة.
- ٩- اضطرابات العمر.
- ١٠- الإضطرابات الدماغية.

لم تستطع الثنائية. العريضة على الفيلسوف الفرنسي ديكرت- الصمود في وجه المظاهر العيادية المتشابهة الملاحظة لدى المرضى سواء أكانوا نفسيين أم جسديين. ولقد كانت بداية التراجع، لهذه النظرة الثنائية، على يد العالم جاسبرز (Jaspers) الذي أحيا الفكر الطبي التقليدي من خلال اصراره على ضرورة النظر في التسلسل الزمني للأحداث، وفي عوامل نفسية محددة، بغية فهم العلاقة السببية بين هذه العوامل وبين المرض الملاحظ عيانيا والمتبدي بمظاهر نفسية وجسدية.

هذا وتشير معطيات الأدب الطبي إلى أن علماء العرب كانوا الأوائل في التاريخ الإنساني من حيث تمثلهم للمبدأ التجريبي والنظرية العضوية للأمراض النفسية. فما هو ابن سينا يبرهن على دور الانفعال النفسي في حدوث الاختلال في التوازن الجسدي. وذلك من خلال تعريض الحمل لانفعال الخوف من الذئب لغاية وفاة الحمل بسبب استمرارية تعرضه للانفعال. كما ربط ابن سينا بين الانفعال العاطفي وبين زيادة نبض القلب من خلال علاجه للأمير العاشق. وتطول قائمة هذه الحالات لدى العلماء العرب مروراً بالرازي الذي استخدم الموسيقى كوسيلة علاجية وبالفكر الطبي الذي كان وراء بناء اليمارستانات وعزل المرضى النفسيين في أحد أقسامها مع احترام حقهم في المعاملة كمرضى وليس كأجساد تسكنها الأرواح ولا تبارحها إلا من طريق ضرب المريض وتعذيبه.

إلا أن التطورات العلمية الحديثة تجعل معاصرنا ينظرون إلى هذه المنطلقات القديمة على أنها من المنطلقات الطبية الفلسفية. ولكن دون أن يعني ذلك أنهم ينتقصون من قيمتها بل أنهم ينظرون إليها بما يليق بها من أجلال واحترام. وهم يستبدلونهم بمعطيات تجريبية معاصرة تفيد من تقدم العلوم وقدرتها على التحديد الدقيق للعوامل المرضية (وإن كانت هذه الدقة لم تصل بعد إلى المستوى المطلوب للإجابة على كافة هذه الأسئلة).

ان هذا التداخل بين النفسي والجسدي قد اعاد النظر الكلية للانسان فلم يعد بالامكان تفتيت علوم الشفاء الى فروع متخصصة تعنى بالاجزاء وتهمل الكل. فالكلية باتت تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الشفاء مهما كانت اختصاصاتهم ومشاربهم. ومن بين هؤلاء الاختصاصي النفسي الذي لم يعد قادراً على نهج المنهج الدينامي دون النظر الى احتمالات وجود خلفية عضوية للمظاهر النفسية المتبدية لدى طالب العلاج النفسي. فهذا الاهمال من شأنه ان يعقد الأمور وأن يسمح بتطور المرض وصولاً الى المرحلة التي يستحيل فيها تحقيق النتائج العلاجية الكافية. وعلى الاختصاصي النفسي ان يدرك تمام الإدراك أهمية التشخيص وواقعة ان التشخيص السيئ يقود الى العلاج غير المناسب مانعاً بذلك تحقيق النتائج. ومن طبيعة الأمور القول أن التشخيص الجيد لا يتحدد الا من خلال المتابعة الدقيقة للحالة بكافة جوانبها ومعطياتها.

ومن خلال التشخيص التفريقي الذي يعمل على التفريق بين مختلف الحالات المرضية التي يمكنها أن تملك بعض العلام والمظاهر المرضية المشتركة. ولكي نكون أكثر وضوحاً فإننا نعطي بعض الأمثلة على ذلك.

الحالة الأولى:

مریضة (٢٩ عاماً) تتوجه الى العيادة النفسية طالبة المساعدة بسبب معاناتها من مظاهر نفسية ممكنة الإدراج في خانة العصاب. مضاعفاً اليها فقدان الدوافع ومنها الشهية الأمر الذي تسبب في نقص وزنها لغاية الهزال.

في هذه الحالة على المعالج النفسي ألا يحصر اهتمامه بالمظاهر العصابية وبتحديد الميول المرضية النفسية بل ان من واجبه ان يولي الاعراض الجسدية اهتمامه كي يتبين امكانيات عكسها لاضطرابات او لأمراض جسدية معينة. فنقص الوزن هذا قد يكون ناجماً عن امراض جسدية مثل زيادة افراز الدرقية او الاصابة

بالسل أو بأحد أنواع السرطانات... الخ والمريضة المشار إليها اعلاه كانت تعاني واقعاً من مرض السرطان.

الحالة الثانية:

طفل (٤ سنوات) يعرضه أهله على العيادة النفسية بسبب تباطؤ نموه الذهني. في هذه الحالة يتوجب على الاختصاصي النفسي أن يلغي احتمالات الإصابة العضوية قبل مباشرته أي نوع من أنواع العلاج النفسي وحتى قبل قيامه بتطبيق اختبارات الذكاء وغيرها.

ويظهر فحص هذا الطفل معاناته للمظاهر التالية: تباطؤ نفسي- حركي مع تباطؤ نمو المهارات النفسية - الحركية ومظاهر تباطؤ النمو الذهني. أما على الصعيد الجسدي فنلاحظ المظاهر التالية: تورم الأغشية وبياسها والوجه مستدير وبدين ويوحى بالتباطؤ الذهني. واقتربان هذه المظاهر يوحي بإصابة الطفل بقصور افراز الدرقية وهذا ما اثبتته التحاليل المخبرية. وبهذا فقد تم علاجه بالهورمونات ليحصل على نتائج مقبولة وكافية.

ماذا كان ليحدث لو أن المعالج النفسي أهمل الناحية العضوية وعامل الطفل على أنه متخلف عقلياً (استناداً لتحديد درجة ذكائه اعتماداً على أحد اختبارات الذكاء؟)

في مثل هذه الحالة كان قصور الدرقية يتحول إلى الأزمات مما يفقدنا امكانيات علاجه بحيث يصبح العلاج الهورموني عاجزاً عن تعويض النواحي العقلية وناجحاً جزئياً في تعويض النواقص الجسدية.

الحالة الثالثة:

امرأة في الأربعين تعالج منذ سنوات من أجل المظاهر الرهابية التي تعانيها (خاصة رهاب الساح) ليتبين فيما بعد أنها تعاني من انسداد الصمام الميترالي

(Pro-Lapsus Mitrale) وأنه هو المسؤول عن نوبات الاستغفار التي ولدت ارتكاس
الخوف لدى هذه المريضة .

الحالة الرابعة:

رجل في الخامسة والثلاثين بعالج منذ سنوات من أجل حالة من الوسواس
المرضية المقترنة مع الخوف من الموت. وهو قد امضى في البداية ثلاث سنوات
متقللاً من اختصاصي آخر بحثاً عن أسباب الاضطرابات الجسدية التي يشعر بها.
وكما فشلت الفحوص في تحديد هذه الأسباب كانت وسواس المريض ومخاوفه
ترداد حدة. ثم تم تحويله إلى العلاج النفسي ومن ثم عاد إلى العيادة الطبية ليتم
اكتشاف أسباب اضطرابه الجسدي وكانت ناجمة عن عدم استقرار جهازه العصبي
النباتي. (Labilité Neuro - végétative).

أمام هذه الوقائع نجد أن من واجب الاختصاصي النفسي أن يكون ملماً بالأسس
الاحيائية للسلوك وبمراضية هذه الأسس. وذلك كي يتمكن من النظر إلى مرضاه
نظرة كلية لا تفرق بين النفس والجسد. والواقع أن هذه النظرة الكلية قد تحولت اليوم
إلى اختصاص متفرد هو الطب النفسي أو البسيكوسوماتيك (وهذا الفرع يحتم على
الاختصاصي أن يكون حائزاً شهادة للطب).

وهكذا فإننا ندعو الاختصاصي النفسي لاتخاذ موقف ادري^(١) (براغماتي)
يساعده على تكوين هذه النظرة الكلية.

ويتلخص هذا المراف بالتشخيص الذي تعتمد الجمعية الاميركية للطب النفسي
والذي يتلخص باعتماد محاور التالية.

١- التشخيص الطبي - العقلي بمعنى الكلمة.

١ - من حيث المبدأ فإننا نعارض هذا الأسلوب في الرؤية والتعامل مع الاضطراب النفسي ولكن هذا
الأسلوب يحتفظ بالقدرة على ضبط التشخيص خلال محورة الخمسة (وخاصة بالنسبة لغير الأطباء).

- ٢- تحديد نمط الشخصية واضطراباتهما.
 - ٣- تشخيص الأمراض الجسدية المصاحبة للمظاهر النفسية.
 - ٤- تقييم دور العوامل النفسية في نشوء الاضطراب.
 - ٥- تقييم قدرة المريض على التكيف الاجتماعي.
- وبما أن حديثنا يقتصر على موضوع الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ فإننا سنعمد فيما يلي الى عرض مجموعة من الجداول والصور التي تدعم الاختصاصي النفسي في تشخيصه للأمراض الجسدية التي تصاحب الاضطراب النفسي. وتحديداً تلك التي يمكنها أن تكون مسؤولة عن حدوث الاضطراب. وفي هذا المجال نعرض للاضطرابات الاحيائية التالية:
- ١- الاضطرابات العقلية الناجمة عن اضطرابات الايض.
 - ٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب.
 - ٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية.
 - ٤- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الالتهابات.
 - ٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغدية.
 - ٦- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوه الصبغيات.
 - ٧- الاضطرابات العقلية الناجمة عن التسمم.
 - ٨- اضطرابات الحمل والولادة.
 - ٩- اضطرابات العمر.
 - ١٠- الاضطرابات الدماغية.

١- الاضطرابات الأيضية وأثرها في السلوك

إن تأثر السلوك والوعي بالاضطرابات الأيضية ينبع من أثر هذه الاضطرابات على الخلية العصبية وذلك سواء على صعيد ابيض الطاقة أو على صعيد اضطراب

التوازن المائي - الكهربى. ويمكننا تعريف علائم هذه التغيرات استنادا الى النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية متنوعة التظاهر.
- تغيرات ليضية عامة مع مطاولة الايض الطاقوي و/ أو التوازن المائي الكهربى.
- قابلية الاضطرابات والمظاهر المرضية للتراجع والشفاء لدى إصلاح الخلل الأيضى.

الأشكال العيادية لاضطرابات الايض

وتختلف هذه الأشكال باختلاف نوعية الاضطراب الأيضى. ويمكننا تصنيفها كما يلي:

- اضطرابات ناجمة عن نقص الفيتامينات.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية التنفس.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية البنكرياس.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية الكبد.
- اضطرابات ناجمة عن عدم كفاية الكلى.
- اضطرابات نفسية مصاحبة لداء السكرى.
- اضطرابات نفسية مصاحبة لحالات نقص السكر.
- اضطرابات ناجمة عن البرفيرين (Porphirine).
- اضطرابات نفسية مميزة لمرض ويلسن.

ب- التطورات المرضية لاضطرابات الأيض:

ترتبط هذه التطورات بنوعية اضطراب الايض وبعده وبمدى ازمانه خاصة وفي حال قلبية هذا الاضطراب للإصلاح فإن المظاهر النفسية هي السبابة في

التراجع والتحسن. وتقل احتمالات شفاء المظاهر النفسية كلما كان الاضطراب الايضي أكثر ازمانا (لأنها تكون قد تكرست بشكل اشرطي).

ج- الفحوصات المخبرية والعيادية:

وتهدف هذه الفحوصات الى تحديد أسباب نشوء الاضطراب الايضي. ويمكن لتخطيط الدماغ أن يقدم احيانا بعض المعطيات الداعمة للتشخيص. ولكن الفحص الالهم هو فحص فرز المكونات .

اما على الصعيد العيادي فيجب التركيز على الفحص الطبي- العصبي وعلى فحص قعر العين للتأكد من الانعكاسات الجسدية للاضطراب الايضي وعلاقته بالحالة النفسية.

فرز المكونات الملون (Chromatographie) وتطبق هذه التقنية لفرز المواد التي يحتويها بول المريض المصاب بالاضطراب الايضي.

وهذه التقنية اقل كلفة من شبيهاتها وهي تستطيع أن تدعم تشخيص اضطرابات ايضية عديدة مثل:

زيادة افراز الحوامض الامينية وال- Macroergique وال-
Mucopolysacharide

وفيما يلي نعرض ملخص المظاهر الجسدية والنفسية والفحوصات المخبرية الداعمة لتشخيص الاضطراب الايضي.

١- أ جدول الاضطرابات العقلية الناجمة عن الاضطرابات الايضية:

١- نقص فيتامين ب (١):

أ- مزمن - مرض بري بري^(١)

ب- حاد "عطل دماغي من نوع فيرنيكية"^(٢)

المظاهر النفسية: تناثر نوراستانيا^(٣) ومظاهر قلق وانهايار وتناثر خبل^(٤)
يتحول بعد اعطاء الفيتامين ب (١) الى اضطراب ذاكري شبيه بتناثر
كورساكوف^(٥).

المظاهر الجسدية: عدم كفاية القلب مع ورام الاطراف ومظاهر عصبية (تتميل
وشال تشنجي بداية ولرئخائي لاحقاً) وانعدام التأزر وتشوش الرؤية.
الفحوصات المخبرية: قياس نسبة تركيز ال- ب (١) في المصل. ومدى تحمل
ال- Priuvat وقياس ال- Transketalase في الدم. وبطء موجات الدماغ.

٢- نقص فيتامين ب (٦):

المظاهر النفسية: نزق^(٦) وتناثر خبل (يتراجع مع العلاج).

-
- ٢ - Beri Beri: مرض البري بري وينجم عن نقص فيتامينات "ب" غالباً بسبب سوء التغذية.
٣ - Erniche: فيرنيكية وهو عطل دماغي يطل المساحات الثانية والثالثة للمنطقة الخلفية للفحص
الصدغي ومعدلاتها في الفص الجانبي. وهو يتجلى - بحزمة تتخلى بسوء الفهم وبغرابة الحديث.
٤ - Neurasthenie: النوراستانيا أو العياء وهو ضعف تحسسي مزمن للجهاز العصبي ينعكس بالتعب.
٥ - Confusion: الخبل وهو حالة من التباس الوعي التي تشبه حالة التخدير أو السكر لتسمي.
٦ - Sudr. Korsakov: ويتجلى باضطراب ذاكرة (امامي - رجعي) تركز على فترة معينة. مما يؤدي
الى انعدام توجه المريض في الزمان والمكان.
٧ - Irritabilitite: النزق وهو حالة استنفار نفسي تنبئ بانفجارات غضب أو فرح غير متوقعة.

المظاهر الجسدية: غير ملاحظة.

الفحوصات المخبرية: تكثر موجات دلتا في تخطيط الدماغ. وتزول بعد العلاج.

٣- نقص فيتامين ب.ب:

(الحامض النيكوتيني) ويعرف بمرض البلاغرا Pellagra.

المظاهر النفسية: تناذر نوراستانيا مع وساوس مرضية وانهيار قاس أحياناً. واضطراب التفكير والذاكرة. وفي الحالات الخطرة تناذر كورساكوف لو عته^(٨) بطيء الاستقرار.

المظاهر الجسدية: اضطرابات معدية - معوية اضطرابات جلدية - مخاطية. الفحوصات المخبرية: فحص الجهاز الهضمي الفحوصات الأخرى لا تظهر شيئاً حاسماً.

٤- نقص فيتامين ب (١٢):

أ- قصور العامل المعدي الداخلي - يولد فقر دم من نوع بيرمير.

ب- أسباب أخرى.

المظاهر النفسية: انهيار ونعاس وانعدام التوحد، فقد الإرادة وتناذر خبل (في حالات النقص الكبير). وانخفاض القدرات الذهنية ونادراً اضطرابات ذاكرة.

٨ - Demence: الحته وهو حالة تعكس تلفاً دماغياً تدريجياً غير قابل للتراجع. ويبدأ باستخدام التوجه في الزمان والمكان وفقدان الذاكرة وهذيان الأراجيلني وحركات نفسية - حركية.

المظاهر الجسدية: تناثر فقر الدم وتناثرات هضمية فقدان الشهية والقىء واضطراب البلع تناثر عصبي هرمي^(٩) أو شبه خراعي^(١٠) .
 الفحوصات المخبرية: فقر دم من نوع بيرمير^(١١) (Biermer) واختبار شيلنغ^(١٢) ايجابي.

٥- نقص حامض الفوليك^(١٣):

(فقر دم نظير بيرمير)^(١٤)

الفحوصات المخبرية: قياس الفولات Folate في الدم.

٦- عدم كفاية التنفس: Insuffisance Respiratoire (تسمم بثاني أكسيد الكربون)

المظاهر النفسية: نزق مع ميل للحبور وسيلان الحديث واضطراب الوعي (من الخدر^(١٥) ولغاية الخبل).

٩ - Pyramidale: هرمي- والتناثر الهرمي ينتعكس على متعدد العضلات الارادية بحيث يزيد نشاط هذه العضلات ويتسبب بمظاهر شبيهة للشلل .

١٠ - Pseudo Tabetique : نظير الخراعي - والخراع أو السهام هو محاولة إصابة السنس المزمنة للدماغ والجهاز العصبي . وهو يتظاهر بعلام عصبية محددة وبمشية خاصة .

١١ - Anemie Biermer: وهو فقر الدم الناجم عن قصور العامل المعدي الداخلي Facteur Intrinseque ويتجلى بكبر حجم الكريات الحمر وانخفاض عددها وزيادة عدد الكريات البيضاء وزيادة سرعة ترسب الدم.

١٢ - Test Shilling: هو اختبار حيوي خاص بالفيتامين ب (١٢).

١٣ - Acide Folique حامض الفوليك وهو يلعب دوراً هاماً في الأيض العصبي. وهو يستخدم حالياً مضافاً في المهدئات العظمى لأنه يدعم مفعولها.

١٤ - Pseudo - Biermer: فقر دم نظير بيرمير.

١٥ - Obnubilation: هو اضطراب كمي في حجم وفي وضوح الوعي - يدعى دغش الوعي مما يؤثر في فعالية القوى الإدراكية. وهو يتراوح في حثته من حالة لاخرى ويتطور نحو الذهول.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف واضطراب الرؤية وعلائم تسممية). مع عثرة التنفس والازرقاق.

الفحوصات المخبرية: قياس نسبة غاز ثاني اوكسيد الكربون والاكسجين في الدم. مع قياس وظائف الرئة.

٧- عدم كفاية البنكرياس: Insuffisance Pancreatique

المظاهر النفسية: حالات هياج قلقي واضطرابات وعي (حالات التباس وعي او نومية) تشبه حالات الذهان الارتعاشي.

المظاهر الجسدية: آلام معدية حادة (بعد الطعام او بعد تناول الكحول) مع غثيان وقيء وتشنج واحيانا حالة صدمة مع او بدون فقدان الوعي.

الفحوصات المخبرية: تلاحظ زيادة الى - اميلاز وايياز والسكر والكريات البيضاء مع نقص الكلس.

٨- عدم كفاية الكبد: Insuffisance Hepatique

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسيطة الى الحادة). مع رهن نفسي - جسدي وذهول خبلي - نومي وفقد الارادة.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف، نوبات شبه صرعية وتشنج هرمي - خارجي) مع تسارع النبض وزيادة التعرض واضطرابات هضمية دون اليرقان وأحياناً تضخم الكبد والطحال.

الفحوصات المخبرية: موجات دلتا ونقص البروتين والكولويستيرول ووقت كوينك وB.P.S وارتفاع ال- (١٦).

١٦- G.P.T/ G.O.T: هي خمائر تنبئ عن وظيفة الكبد وتكفي مستوياتها لا دلالة له اما ارتفاعها (من ٢ الى ٢٠ مرة) فإنه يشير لما الى التهاب الكبد واما الى وجود ذبحة قلبية.

و V.S.H و؛ CDSO و G.O.T و G.P.T والفوسفاتاز القلوي.

٩- عدم كفاية الكلى: Insuffisance Renale

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسيطة إلى المتطورة) وفقد الإرادة وخبل هيجاني أو فقدان وعي جزئي.

المظاهر الجسدية: فقدان الشهية- غثيان، قيء أسهال، دم في البراز وعثرة التنفس وتسارعه. وسعال مع قشع وارتفاع الضغط وعدم كفاية القلب والتهاب غشائه مع تناثر قعر دم وحكاك وورم وعلائم عصبية (ارتجاف، ارتعاش عضلي ونوبات شبه صرعية).

الفحوصات المخبرية: انحباس البول والكرياتينين^(١٧) مع ميل الدم نحو الحموضة (ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الصوديوم).

١٠- زيادة السكر في الدم: (داء السكري) Diabete

المظاهر النفسية: تناثر نفسي- عضوي واضطرابات وعي^(١٨) تستقر تدريجياً مع ازمان المرض وصولاً إلى فقدان الوعي.

المظاهر الجسدية: زيادة الشرب والتبول واضطرابات عصبية تستقر تدريجياً مع تقدم المرض.

الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسبة السكر في الدم. وجود السكر في البول.

١٧ - Creatinine: مادة ناجمة عن أيض الكرياتين، ونسبتها في الدم ثابتة (٨ - ١٨ مغ/ليتر) وهي تعطينا معلومات عن وظيفة الكلية. وتنخفض في حالات قصور الكلية.

١٨ - Sydr. Psycho- Organique التناثر النفسي- العضوي - وهو تناثر تتظاهر خلاله المظاهر النفسية المتنوعة بسبب وجود اختلال عضوي (أما بسبب السمات مثلاً أو بسبب إصابة عضوية مباشرة).

١١- نقص السكر في الدم: Hypoglycémie

المظاهر النفسية: تعب ونزق ومظاهر قلق تتبدى على شكل نوبات خفيفة مع هياج واضطرابات وعي يمكن أن تصل إلى حدود فقدانه.

المظاهر الجسدية: علائم بسيطة (ارتجاف، تعرق تصارع نبض، علائم متطورة (تشنجات عضلية علائم بابينسكي^(١٩) وفقدان وعي كلي).

الفحوصات المخبرية: تنخفض نسبة السكر في الدم إلى ما دون ٥٠ مغ٪.

١٢- البرفيرية: Porphyrine

المظاهر النفسية: نزق مع نوبات بكاء وقلق وأرق ومجلس للمرض وتناثر خيل أو نواف وحالات انهيارية.

المظاهر الجسدية: اضطرابات هضمية (آلام البطن الحادة وغثيان وقيء وامساك). اضطرابات عصبية محيطية (غياب الارتكاسات وتراجع نمو العضلات وتتميل الأطراف وأوجاع عضلية حادة - يمكن لهذه العلائم أن تتأخر أو أن تغيب).

الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسب الـ Porphobilinogene والـ Alpha

Acide Aminolevulinic.

١٣- مرض ويلسون: Wilson (تراجع وتدمير خلايا الكبد)

المظاهر النفسية: تناثر نوراستايفيا تغيرات عاطفية مهيمنة نادراً فترات ذهانية

وتراجع القدرات الذهنية.

المظاهر الجسدية: تضخم الكبد- الطحال واضطرابات عصبية بدءاً من

الهرمية الخارجية^(٢٠) وانتهاء بنوبات صرع من نوع جاكسون^(٢١) والشلل النصفي.

١٩ - Signes Extrapyramidales: علامة بابينسكي.

٢٠ - Epilepsie Extrapyramidales: علائم خارج هرمية.

٢١ - Epilepsie Jackson: صرع جاكسون- وتبدأ نوبته على جانب واحد من الجسم ويمكنها أن تمتد

لتصبح معممة.

الفحوصات المخبرية: وجود حوامض أمينية في البول مع بروتئين وسكر.
انخفاض نسبة النحاس في الدم. فحص العين يظهر خاتم القرنية Kayser
Feischre - خزعة الكبد.

١- ب الاضطرابات الأيضية الولادية:

لقد أعتل الأيض المرافقة للطفل منذ ولادته أنظار الباحث غارود (Garrod). وما لبثت أن استقطبت اهتمام العلماء والأطباء المهتمين بأمراض الطفولة وبخاصة العقلية منها. وتعتمد دراسة هذه الأعطال على التعرف على آليات الأيض بهدف تحديد الأمراض الوراثية إلى هذه الأعطال ولتفقيدها وبخاصة على الصعيد العقلي.

هذا وتصنف أعطال الأيض الولادية على النحو التالي:

أ- اضطرابات أيض البروبيونات (Metabolisme Propionate):

١- حموضة الدم البروبيونية والميتيل مالونية (Acidemie. Propionique et Methylmalonique) وتتبدى منذ الولادة بالتقيؤ القاسي الذي لا يحده لبدال حليب الأم بالطبيب الصناعي. مما يؤدي إلى تراجع وزن الطفل وإلى زيادة بالغة في حموضة الدم. الأمر الذي يؤدي بالطفل إلى الدخول في حالة غيبوبة عميقة.

وفي حال تخطي الطفل لهذه المرحلة فإنه يتابع نموه مع احتمالات ظهور اضطرابات نموية لديه (خاصة في عمر ٦ - ١٢ شهراً حيث تظهر لديه حالات سيلان الدم). ثم لا يلبث أن ينمو مع تطور مرض تكلس العظام (ومن هنا كسور عظامه المتكررة).

إن العلاج المبكر والحاسم لهذه الحالة من شأنه أن يجنب الطفل المعاناة العقلية بحيث ينمو طبيعياً من الناحية العقلية والذكائية. أما في حالات خلل العلاج أو انعدامه فإن هذا الطفل يصبح متخلفاً عقلياً أو هو يموت مبكراً.

٢- نقص الكربوكسيلاز المتعدد: Dificit multiple de Carboxilase

وينجم عن اضطراب أيض البيوتين (Biotine). ويتبدى هذا الاضطراب من خلال مظاهر جلدية (طفح جلدي ذو لون أحمر فاقع وقابل للتقيج). ويمكن لهذا النقص أن يترافق مع حموضة الدم (انظر الفقرة السابقة).

٣- زيادة تركيز الأمونياك في الدم. (Hyperamoniemie)

المواليد الذكور المصابون بهذا العطل يموتون غالباً عقب الولادة. أما الإناث فيعيشن لتظهر لديهن مظاهر التخلف العقلي.

٤- ظهور الفتيل - سيتون في البول:

(Phenyl -ketone- Urie/ .P.K.U)

وينجم عن عدم قدرة الجسم على تحويل الفينيل الاتين الى تيروزين. والطفل المعاني لهذا الاضطراب يتحول الى الإعاقة العقلية القاسية في حال عدم علاجه.

٥- ظهور الهوموسيستين في البول: (Hgmocystin Urie)

ويرتكز هذا الاضطراب الى عجز الجسم عن أيض الفيتامين ب (١٢). مما يمكنه أن يؤدي الى موت الطفل المبكر. وفي حال نجاة الطفل فإن اهمال علاجه يمكنه ان يؤدي الى اضطراب انسجته الضامة المتعد مع جلطات وعائية- دموية. مع ما تحت الانخلاع البلوري (لدى الولادة او لاحقاً) وأحياناً يبدأ بظهور المياه الزرقاء او المياه السوداء في العين او هو يبدأ بانفصال الشبكية.

وبسبب الجلطات الدموية يمكن لهذا الطفل أن يموت نتيجة انسداد شرياني على صعيد الدماغ او الرئة او الكلية او الاوردة. كما ان هذا الطفل يملك قدماً مسطحة.

والتخلف العقلي ليس قاعدة في هذه الحالات. وفي حال ظهوره فإنه يستقر بصورة تدريجية ويبدو أنه ناجم عن الجلطات الدماغية الصغيرة والمتكررة التي تصيب هذا المريض.

٦- مرض ليش نيهان (Lesch - Nyhan).

ويرتبط هذا المرض بعطل في الصبغية س (كروموزوم X). وهو يصيب الذكور. ويمكن للمريض أن يولد وأن ينمو بشكل طبيعي لغاية بلوغه سن ٦-١٨ شهراً.

أولى بوادر المرض ظهور كميات من بلورات الحامض البولي في بول الطفل (على شكل رمل). ويمكن أن يعاني الطفل في أيامه الأولى من حصى الكلية أو من البول الدامي. ثم تبدأ علامت المرض بالاستقرار تدريجياً. فإذا ما استقرت فإن الطفل يعجز عن الجلوس وعن المحافظة على وضعية رأسه العادية بدون مساعدة (وقدرة الطفل على التنقل تستبعد هذا التشخيص) وفي هذه الحالات يكون التخلف العقلي قاعدة. ومن مظاهره ميل الطفل لإيلاج نفسه بحيث يشوه جلده في منطقة الفم والاصابع (انظر الصورة). كما تتبدى لديه العدوانية نحو الآخر ونحو ذاته. وغالبا ما يعجز عن النطق الصحيح وإذا ما نطق فإن حديثه يكون عدوانياً.

ب- اضطرابات الايض التخزينية:

أ- اضطراب عديد السكر المخاطي (Mucopolysaccharidose):

ومن أنواعه تتاير هيرلر (Hurler) ويبدأ المرض بالتظاهر من خلال الفتح الأريبي والتهاب الأنف المزمن. ومنذ السنة الأولى من عمره تبدأ ملامح هذا الطفل بالتضخم مع تضخم اللثة. أما على صعيد العين فإنها تصاب بتكثيف القرنية لغاية فقدان البصر. أما على الصعيد العقلي فإن العمر العقلي لهؤلاء الأطفال لا يتجاوز عمر السنتين.

ومن أنواع هذا الاضطراب نذكر أيضاً تناذر هانتز وهو مرتبط بخلل في الصبغية س (كروموزوم X) ينتقل بشكل متنح. وهو أقل حدة من سابقه هيرلير.

٢- مرض موروكيو - برايلسفورد (Moroquio . Brailsford)

وهو ناجم عن الافراز المبالغ للكيراتوسيلفات (Keratosulfate) في البول. وهو يتظاهر ببطء النمو الجسدي وتضخم الفك وتكثف القرنية وتشوهات في هيكل الجسم (جذع بشكل برميل أو رقبة قصيرة أو ركة معوجة... الخ) والمرض وراثي متنحي.

٣- تناذر سان فيليبو (San Filippo).

ويشبه هذا الطفل ذلك المصاب بتناذر هيرلر (انظر الصورة) ولكن التشوهات تكون أقل حدة. أما التخلف العقلي فإنه يكون مماثلاً في الحدة. أما عن العلام الدقيقة لهذا التناذر فنجملها على النحو الآتي:

- (١) تعابير الوجه متضخمة. (٥) فم مفتوح مع لسان وشفاه متضخمة
- (٢) تكثف القرنية. (٦) المفاصل غير متحركة.
- (٣) ضعف السمع. (٧) راحة اليد والأصابع على شكل مخالب.
- (٤) فتحات المنخرين عريضة. (٨) تضخم كبد - طحال معتدل.

(ب) الاضطرابات القلبية - الوعائية وأثرها في السلوك:

تترافق اضطرابات القلب والشرابين مع مظاهر عقلية متنوعة تتراوح بين المظاهر العصبية وبين المظاهر الذهنية مروراً بالتأثير في وعي المريض. ويمكننا تعريف هذه العلام استناداً إلى النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية بدرجات مختلفة.

- تزامن هذه الاضطرابات النفسية مع الأمراض القلبية - الوعائية.

الأشكال العيادية للاضطرابات القلبية:

من بين الاضطرابات القلبية الوعائية المؤثرة في السلوك سنناقش التالية:

- عدم كفاية القلب المعوضة (خلل صمام أو مرض عضلة القلب).
- الأحشاء القلبية.
- ارتفاع ضغط الدم الشرياني.
- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر.

التطورات المرضية:

ان تطور الاضطراب النفسي، المرافق لهذه الحالات، يرتبط مباشرة بتطور الحالة التي سببتها. إذ تزداد الاضطرابات النفسية أثناء نوبات المرض وأثناء فترات تحوله من معاوض الى لا معاوض. كما أنها تزداد بازدياد حدة أعراض المرض. وهكذا فإن تطور هذه الحالات النفسية يرتبط مباشرة بعاملين. أولهما مدى تطور المرض واثنيهما الأثر الجسدي الذي يخلقه المرض. وخاصة على صعيد القلب والدماغ.

٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب والشرايين

١- عدم كفاية القلب المعوضة Cardiaque Insuffisance

.Compensee

المظاهر النفسية: قلق واضطراب ليلي أرق وأحلام مزعجة تشييق أفق الوعي فترات خيل وهذيان وأحياناً محاولات انتحار .

المظاهر الجسدية العامة : - عثرة التنفس لدى (الجهد) سعال ناشف .

- تنفس من نوع كين - ستوك .

- احباس البول وتضخم القلب والكبد مع لزرقاق ومع انتفاخ الأوردة .

الفحوصات المخبرية : - أشعة للقلب (تشخم حموضة الدم) .

- تغير في نسبة الستون .

- تغيرات في أيض الكبد والكلى .

٢ - الإحشاء القلبي Infarctus Myocardic

المظاهر النفسية : * المرحلة الحادة : قلب بالغ مع خوف من الموت وهياج أو خمود نفس حركي. وفي ٢٠٪ من الحالات تظهر حالة خبل حادة مع ذهول أو هياج أو هذيان.

* مرحلة النقاهة: فترة قلق حاد مع انهيار ثم فترة استعادة للتوازن. وخلالها: ومن نفسي- حركي مظاهر انهيارية، انخفاض الذاكرة والانتباه، موجات بكاء.

المظاهر الجسدية العامة: آلام حادة في منطقة القلب وتبدأ بشكل حاد ومفاجئ ويمكنها أن تمتد إلى الظهر أو إلى اليد اليسرى. مع غثيان وقيء ووهن وشحوب وتعرق بارد ولزرقاق الأطراف وهبوط الضغط وتسارع النبض وغموض صوت دقاته وحرارة (٣٨,٥ درجة).

الفحوصات المخبرية:- تكاثر الخلايا البيضاء.

- تسارع ترسب الدم ثم نقصه بعد النوبة.

- زيادة السكر.

- زيادة الـ T.G.O.

٣ - ارتفاع ضغط الدم الشرياني: H.T.A.

المظاهر النفسية:- ومن نفسي - جسدي نزق وتراوح المزاج مع مظاهر قلق وانهيار ولرق.

- فترات خبل عابرة خاصة أثناء الليل (تسمى نوبات "Marchend").

- انخفاض القدرة الهوائية.

المظاهر الجسدية العامة: - خفقان القلب وعثرة التنفس وآلام في منطقة القلب.

- تضخم القلب (المرحلة ٢ وما بعد).

- صداع ودوار.

الفحوصات المخبرية: - فحص اشعة لتبين اتساع الشريان الأورطي الصاعد؟؟

- تخطيط القلب.

- فحص قعر العين.

٤- عطل دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط:

المظاهر النفسية: صداع حاد ونوبات تشنجية. - صرعية واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضعف قوة الاطراف ومظاهر انهيارية.

المظاهر الجسدية العامة: ضغط شرياني انقباضي اكثر من ١٤.

الفحوصات المخبرية:

- فحص قعر العين

- علائم عدم كفاية القلب والكلى.

٥- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر

المظاهر النفسية: صداع، وهن، دوار، اضطراب الرؤية، تنميل الأطراف، أرق نرق، تراوح المزاج، ميل لانهيار، تراجع القوى الذهنية، مراحل خبل، انهيار ذهاني وحالات هوس.

المظاهر الجسدية العامة: يمكن أن يترافق مع تصلب الشرايين المحيطية، ارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي أكثر من (١١)، علائم عدم كفاية القلب، أعطال عصبية محدودة (إلا إذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث عصبي - وفي هذه الحالة تظهر النوبات الصرعية).

الفحوصات المخبرية: - تصوير شعاعي (يعكس تكلس الشريان الأورطي).

- فحص قعر العين وتظهر فيه علامة Sallus - Gunn.

٦- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر مع تراجع عقلي - احيائي.

المظاهر النفسية: - تراجع عقلي (تأثر شبيه البصيلي).

- عدم القدرة على الحفظ - انعدام التوجه الزمني والتعرف الخاطئ، هذيان الاراجيف، تراجع عقلي - دماغي هام.

المظاهر الجسدية العامة: اضطرابات عصبية متنوعة (مظاهر شلل، حركات ارادية محدودة، زيادة الحركات اللاارادية، انعدام القدرة على التعبير من خلال الوجه، انعدام القدرة على تماوج الصوت، اضطراب المشية، سلس البول عدم التحكم بالبراز.. الخ.

الفحوصات المخبرية: مثل سابقه.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية:

ان الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض العصبية هي اضطرابات جديرة بالدراسة والملاحظة. ومن الخطأ اعتبار الأولى كنتيجة حتمية للثانية. ذلك ان الناس لا يستجيبون بطريقة واحدة امام الإصابات العصبية.

فالحادث الدماغي عينه يمكنه أن يؤدي الى شلل شخص وإلى اضطراب الوعي لدى شخص آخر. بل ان إصابة الشلل (أو اضطراب الوعي) يمكنها ان تتراجع لدى شخص وان تستقر لدى آخر.

وهكذا فإن ما يجمع الأمراض العصبية مع المظاهر النفسية المرافقة لها هو كون الاثنين يسيران نحو الأسوأ (لأن الأمراض العصبية هي أمراض تميل نحو التعقيد مع ازديادها).

ويمكننا تعريف علائم هذه الاضطرابات النفسية انطلاقاً من النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية غير نوعية.
- اضطرابات عصبية متلفة.
- فحوصات نظيرة العيادية (نوعية- تدعم التشخيص).
- للتطور نحو التلف.
- ج- الأشكال العيادية للأمراض العصبية التراجعية:
- الشلل الرعاشي Maladie Parkinson
- تصلب اللقائق Sclerose en plaques.
- زفن هونتيغتون Corree Huntington.
- استسقاء الرأس (مع ضغط طبيعي) Hydrocephalie.
- مرض جاكوب كروتزفيلد Maladie Jakob- Greutzfeldt.
- التطورات المرضية:

تؤدي هذه الأمراض إلى دفع المريض نحو النكوص العميق في ماضيه. وهذا أمر يؤثر في تكامل الشخصية ويساهم في انعدام توازنها. وخاصة لجهة تنامي الاتكالية مع الشعور بالعجز الذي يغذي مشاعر الاضطهاد والشك لدى المريض.

الفحوصات المخبرية:

إن هذه الأمراض تحتاج إلى فحوصات عيادية ونظيرة العيادية الدقيقة. والفحوصات المطاوعة لتأكيد تشخيص هذه الأمراض هي الفحص الطبي- العصبي والطبي النفسي العياديان. إضافة إلى تخطيط الدماغ وفحص السائل الشوكي وفحص العين إضافة إلى الفحوصات الحديثة المساعدة على التشخيص.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية

- ١- مرض باركينسون Parkinson أو الشلل الرعاشي.
- المظاهر النفسية: - اضطرابات عصبية مع مظاهر انهيارية ونزق.
- علائم اضطراب الشخصية (الشك، الاهتمام بالذات بشكل أناني بالغ).
- اضطرابات عتية تتطور تدريجياً على أساس الحبور.
- اضطرابات ذهانية- انهيارية أو هذيانية (نادرة).
- المظاهر الجسدية العامة: - انخفاض الحركة.
- زيادة نشاط العضلات
- الارتعاش المميز للشلل الرعاشي.
- الفحوصات: - انخفاض أفضيات الأمينات الدماغية الأحادية.
- في ٤٠٪ من الحالات تظهر موجات تيتا في التخطيط الدماغى.
- تخطيط العضلات يظهر نشاطاً عضلياً فائقاً.

٢- نشاف الفقرات العصبية Leuconeuvraxisite او تصلب الرقائق

.Sclerose en Plaque

- المظاهر النفسية: - اضطرابات مزاجية (مراوحة مزاجية من الحبور الى الكآبة) - انهيار (رد فعلى أمام المرض).
- اضطراب الشخصية: مظاهر هستيرية وانطوائية.
 - اضطرابات من نوع العته.
 - اضطرابات ذهانية (نادرة ومستترة خلف العوارض السابقة).
 - المظاهر الجسدية العامة: - تناثر عصبي هرمى.
 - تناثر مخيخى.
 - دوار.
 - تشوش الرؤية.

- الفحوصات: - ارتفاع نسب الـ الفاو غاما غلوبيولين.
- فحص قعر العين (انقلاع وحادث شرياني حول الشبكية).
- تغيرات مميزة في فحص السائل الشوكي.
- تخطيط الدماغ (غير محدد).
- ٣- زفن هوتينغتون **Hutington Corrhee**.
- المظاهر النفسية: - اضطرابات مزاجية.
- اضطراب الذاكرة والانتباه تتطور تدريجياً.
- اضطراب العته (نادر).
- اضطرابات ذهانية (ذهانية أو إنيارية).
- المظاهر الجسدية العامة: - حركات ارتجاجية.
- انخفاض النشاط العضلي.
- ارتكاسات المفاصل مرتفعة.
- الفحوصات: - تخطيط الدماغ (غياب أو شبه غياب لموجات ألفا).
- تخطيط العضلات (موجات غير منتظمة).
- ٤- استسقاء الرأس مع ضغط طبيعي للسائل الشوكي:
- Hydrocephalie**
- المظاهر النفسية: - تناقص الذاكرة بشكل تدريجي وصولاً إلى تناثر كورساكوف.
- انهيار.
- قعر الحياة النفسية.
- تناثر تخشبي في الحالات المتطورة.
- المظاهر الجسدية العامة:
- اضطراب المشية.
- شلل الأطراف التشنجي.

- سلس البول:
- تشوش الرؤية.
- ارتكاسات الرضاعة والتساق تكون منخفضة.
- الفحوصات: - تخطيط الدماغ يظهر موجات بيتا وبيتا.
- تمدد البطينات الدماغية (R.M.I) ويؤكد فحص الـ Cisternographie.
- ٥- مرض جاكوب - كروتزفيلد - Jakob- Creutzfeldt.
- المظاهر النفسية: - في البداية تتأثر نوراستاتيا مع مظاهر قلق وانهيار.
- مظاهر فصامية.
- لاحقاً يتطور المرض نحو الاختلال العقلي العام والعته مع بكم.
- المظاهر الجسدية العامة: - تناثر هرمي خارجي.
- اضطراب الأعصاب الجمجمة.
- تشوهات المفاصل.
- صدوية المشي نتيجة إصابة المخيخ (إرتجافات مقصودة).
- الفحوصات: - تخطيط الدماغ: موجات منخفضة عشوائية وبطيئة منخفضة عشوائية وبطيئة رأسية.
- الشلل الشوكي: زيادة نسبة البروتينات.
- تراجع نحو اللحاء واستسقاء جانبي في بطين واحد (R.M.I).

٤- الاضطرابات العقلية المصاحبة للإلتهابات:

تتنوع الاضطرابات النفسية، المرافقة للأمراض الالتهابية، تنوعاً كبيراً. ويمكن لهذه الاضطرابات أن تسبق الالتهاب أو ترافقه أو تأتي بعده.

والواقع أن علم المناعة النفسية قد توصل اليوم إلى إرساء وتبيان العلائق بين الحالة النفسية للشخص (وانعكاساتها الفيزيولوجية) وبين قابليته للإصابة بالالتهابات.

هذا ويمكننا تحري هذه الاضطرابات انطلاقاً من المعطيات التالية:

- اضطرابات نفسية متنوعة المظاهر.

- علائم المرض الالتهابي.

- الفحوصات التي تثبت وجود الإلتهاب.

الأشكال العيادية للالتهابات:

من الالتهابات المؤثرة في التوازن النفسي للمريض اخترنا الكلام على:

. ذات الرئة الحاد.

. الزكام (الجريب).

. التهاب الكبد الفيروسي الحاد.

. الحمى المالطية.

. السل.

. الملاريا.

التطورات المرضية:

ترتبط حدة الاضطرابات النفسية ومستقبلها بالحالة الالتهابية. إذ تختفي هذه

- الاضطرابات مع شفاء المريض. ولكن يجب ألا يغيب عن بالنا إمكانية تسبب بعض

الالتهابات الخطيرة (السل، ذات الرئة الحاد) في تفجير العصاب الصدمي

والوساوس المرضية لدى بعض المرضى.

الفحوصات العيادية والمخبرية:

. الفحوصات المعتادة.

. أشعة الصدر.

. فحص القشع.

. الفحوصات المناعية.

. زراعة البول والبراز.

٤ - الاضطرابات العقلية المصاحبة للالتهابات.

١ - التهابات ذات الرئة الحاد Pneumonie Aigue infectieuse

المظاهر النفسية:

- تناذر خبل.
- في الحالات المتطورة يظهر الهذيان الناجم عن ارتفاع الحرارة.

- وساوس مرضية (نادرة).

المظاهر الجسدية العامة:

- ارتعاش مع برودة

- حرارة

- آلام صدرية.

- سعال.

- علام التركيز الرئوي.

الفحوصات:

- أشعة الصدر.

- زيادة الكريات البيضاء (وخاصة متعددة النواة).

- زيادة ترسب الدم. - فحص القشع.

٢ - الزكام (نزلة وافدة) Grippe.

المظاهر النفسية: - تعقيد الاضطرابات العقلية وتشجيع ظهور انتكاساتها.

- تناذر انعدام التأزر والنشاط.

- تناذر خبل لدى الأطفال والشيوخ).

- تناذر نوراستانيا (أثناء فترة النقاهة) وعلام انهيارية.

المظاهر الجسدية العامة: - الحرارة.

- الصداع.

- سيلان الأنف والحنجرة.

- سعال نزق.

الفحوصات: - صورة الصدر تظهر ترشحا عابرا.

- زيادة مضادات الأجسام (٤ أضعاف).

- فحص القشع: يظهر وجود الفيروس.

٣- التهاب الكبد الفيروسي الحاد. Hepatite Virale aigue.

المظاهر النفسية: - تناثر انهيارى لمدة طويلة.

- تناثر خبل بدرجات متفاوتة.

- تناثر نوراستانيا (غالباً في البداية او في فترة النقاهة).

المظاهر الجسدية العامة: - يرقان وغثيان.

- انزعاج في منطقة الكبد.

- البول ملون.

- البراز بدون لون.

- حرارة في البداية.

- الكبد متضخم وحساس.

الفحوصات: - فحص الدم: ارتفاع الـ T.G.P. والفوسفاتاز القلوية. وأملاح

المرارة والـ Urubilinogen في البول.

- فحوصات مناعية من نوع AG HB, AC HB.

٤- الحمى المالطية Brucellose.

المظاهر النفسية: تناثرات نوراستانيا وخبل ونولم.

- هذيان حاد.

- تناثر وسواسي (قصامي المظهر) او هذيان في فترة النقاهة.

المظاهر الجسدية العامة: - حرارة بسيطة متواصلة.

- آلام مفاصل وصداع وتعرق.

- انعدام الدوافع.

- تورم الغدة اللعابية مع تضخم الكبد والطحال .

الفحوصات : - زراعة الدم إيجابية أثناء المرحلة الحادة .

- اختبار تحت الجلد بمادة Bruceline يكون إيجابياً .

٥- السل Tuberculose.

المظاهر النفسية: - تناثر نوراستقيا.

- تناثر هذيان غير محدد (أفكار صوفية وإيروسية "غلمية" وهذيان

الاضطهاد) يتصاحب أحياناً مع الهرب للمرضى أو الأفعال الطبيعية غير الشرعية.

- ميول انهيارية- أنطوائية

- ميل عميق نحو التأمل.

المظاهر الجسدية العامة: - ما تحت الحمى مع تعرق.

- انخفاض في الوزن.

- تردي الحالة الصحية العامة.

- سعال نزق يتبعه ظهور القشع.

- ظهور صدى خاص في الرئتين.

الفحوصات: أشعة تظهر تجويف السل.

- التنظير الشعبي.

- اختبار تحت الجلد.

- زراعة في دم الحيوان تظهر وجود جرثومة كوخ أو عدم وجودها.

٦- الملاريا Malaria.

المظاهر النفسية: - انحطاط بدني.

- مخاوف مرضية.

المظاهر الجسدية العامة: - حرارة متزايدة.

الفحوصات: - فحوصات مخبرية.

- زراعة الدم والبول والبراز.

- تصوير شعاعي للرتتين.

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض الغدية:

إن الاضطرابات العقلية، المصاحبة للاضطرابات الغدية، هي اضطرابات تمتاز بتنوعها من حيث الحدة ومن حيث مظاهرها. وتعود هذه الاضطرابات إلى العلاقات المتشابكة بين الغدة والجهاز العصبي والتوازن النفسي العام للشخص.

ويمكننا تحري وجود هذه الاضطرابات انطلاقاً من المعطيات التالية:

١- وجود الاضطراب النفسي.

٢- وجود العلائق العيادية المميزة لاضطراب الغدة الصماء.

٣- وجود الاضطرابات الهرمونية.

الأشكال العيادية:

تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف الاضطراب الغدي المسبب لها. وفيما يلي نعرض لاضطرابات إفراز الغدة الصماء (أنظر الجدول).

التطورات المرضية:

يرتبط تطور الاضطراب النفسي في هذه الحالات بتطور الاضطراب الغدي. فإذا ما استعاد الجسم توازنه العصبي - الهرموني (من طريق إصلاح الخلل الغدي) فإن للحالة النفسية تعود بدورها إلى الاستقرار.

الفحوصات المخبرية:

يقتضي الاضطراب الغدي إجراء الفحوصات الهرمونية الخاصة بالغدة الصماء موضوع الاضطراب. كما أن التداخل بين وظيفة الغدة للصماء وإرتباطها

فيما بينها من خلال آلية الأثر الرجعي (Bio feed Bach) يقتضي اجراء الفحوصات التالية:

- الفحوصات العادية.
 - الأيض الأساسي.
 - تخطيط الدماغ.
 - أشعة لمنطقة السرج التركي.
 - فحص قعر العين.
 - فحوصات تهيج وقمع الهرمونات المعنية.
- تناثر Cushing الوجه مود أحمر اللون، يوحى بالصحة. ولكن تعبيره شبه معومة. وهو يوحى بالطيبة والوداعة.

تناثر كوشينغ، (السمنة والشرابين الظاهرة).

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغدية.

١- نقص افراز الدرقية Hypothyroidie.

- المظاهر النفسية: - تباطؤ وانحطاط نفسي. - حركي (تباطؤ النمو الذهني لدى الأطفال).، ويتجلى ب-: انخفاض الانتباه والنشاط واضطراب الذاكرة وانخفاض الحركة والتفاعل العاطفي والشهية.
- مظاهر عصبية وأحياناً ذهانية.
- المظاهر الجسدية العامة: - الأغشية يابسة ومتورمة والشعر خفيف، ويتساقط والصوت خشن والوجه ملون ومستدير (كالقمر).
- تباطؤ النبض.
- إمساك.
- ضعف جنسي.
- نزيف العادة الشهرية.

الفحوصات: نقص الأيض الأساسي ٢٠٪ وزيادة الكوليستيرول وتغيرات في تخطيط القلب (زيادة سعة الموجات) والعضلات والدماغ (نقص سعة الموجات).
الهورمونات T, PBI, TSH منخفضة.

٢- زيادة إفراز الدرقية Hypothyroidie.

المظاهر النفسية: تسارع القدرات النفسية (زيادة الانتباه التلقائي والإرادي) مع نقص الذاكرة (الجهة القدرة على الحفظ) مراوحة مزاجية هامة ونزق وقلق. وزيادة حركة. كلها تشكل مظاهر عصبية وأحياناً ذهانية.

المظاهر الجسدية العامة: جحوظ العينين والشعور بالحرارة.

- زيادة نبض القلب والوهن العضلي والتعرق والإسهال وزيادة الشهية مع نقص للوزن. وارتجاف الأطراف.

الفحوصات: - زيادة الأيض الأساسي ونقص الكوليستيرول.

- ارتفاع تركيز الهورمونات T₄, T₃.

٣- نقص إفراز الجنب درقية Hypo Parathyroidie.

المظاهر النفسية: انخفاض الانتباه والذاكرة والتركيز. مع قلق ومظاهر انهيارية ورهاب.

- تظهر العلامت الذهانية في حالات الانخفاض الحاد لنسبة الكلس.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد ناشف، الشعر يتساقط، نادر، وهن عضلي، آلام وتقلصات في الأحشاء، زيادة التهيج العصبي - العضلي.

الفحوصات: - نقص نسبة الكلس.

- تخطيط القلب يمدد QT, ST.

- تكثف العظام في الصور الشعاعية.

٤- زيادة افراز الجنب درقية Hyper Parathyroidie.

المظاهر النفسية: فقدان القدرة على المبادرة. انخفاض سرعة البديهة والنزق البالغ وانخفاض الشهية والوهن النفسي- الجسدي والانهيار أحياناً.
مظاهر ذهانية وفقدان الوعي في الحالات المتطورة.
المظاهر الجسدية العامة: تغيرات في شكل العظام كسور في العظام الطويلة وآلام فيها.

تكون حمى الكلى ونشاف الجلد والغثيان والقيء وآلام المعدة.
الفحوصات: - ارتفاع نسبة الكلس (فوق ١٣ مغ/٪).
- زيادة الفوسفات.

- شعاعياً تظهر العظام متعرية من الكلس وهشة وعرضة للكسور.

٥- نقص افراز الكظرية اللحائية Corticosurrenale.

المظاهر النفسية: تناثر مكاع (نوراستانيا) وهم وقلق وأحياناً مظاهر ذهانية وتناثر خبل وغيبوبة تعالج بتعويض النقص الهرموني.
المظاهر الجسدية العامة: لون الجلد بني غامق مع انخفاض الوزن وضعف العضلات وانخفاض الضغط ونسبة السكر في الدم مع غثيان وقيء.
الفحوصات:

- نقص الكورتيزونات.

- نقص الصوديوم وزيادة البوتاسيوم.

- موجات عالية وبطيئة في تخطيط الدماغ.

٦- زيادة افراز الكظرية اللحائية مرض كوشينغ (Cushing).

المظاهر النفسية: عدم التوازن العاطفي المزاجي مع غضب واحتياج وثورة وأحياناً تناثرات ذهانية مزاجية، مع برودة جنسية وانقطاع العادة الشهرية.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد رقيق مع بضع بقع رضية تحت الجلد. الخدود حمراء وبقع حمراء في منطقة البطن وزيادة سماكة الأنسجة الدهنية في الوجه والنقرة والجذع وتراجع نمو العضلات وتكلس العظام وارتفاع الضغط.

الفحوصات:

- زيادة الكورتيزون.

- زيادة السكر.

٧- زيادة افراز الكظرية المركزية Medullo - Surrenale.

المظاهر النفسية: قلق أساسي عارم يصل الى قمته أثناء النوبة وتصاحبه علائم خوائية ثم يظهر الخبل بعد النوبة.

المظاهر الجسدية العامة: نوبات ارتفاع ضغط تسارع نبض القلب شحوب واحمرار.

الفحوصات: زيادة نسب الكاتيكولاتين. اختبار Regitine ايجابي تخيرات في قر العين.

٨- زيادة افراز التخامية الأمامية (الكثمة Acromegalie).

المظاهر النفسية:

- مزاج انهيارى خاصة كردة فعل على تشوه الجسد والوجه خاصة.

- فقدان النشاط والحيوية.

- عجز جنسي وانقطاع الحيض.

المظاهر الجسدية العامة: تشوه في تقاطيع الوجه وانخفاض نبض القلب وعسر التنفس مع اضطرابات هضمية في حال ترافق هذه الزيادة مع داء السكري فإنها تؤدي الى عدم كفاية القلب.

الفحوصات:

- زيادة الفوسفات والفوسفور.

- نقص هضم السكر.

- ارتفاع S.T.H في المصل. Hyperhydroxi Pirolinurie.

٩- نقص الراز النخامية الأمامية

المظاهر النفسية:

- تباطؤ ذهني مع صعوبات التركيز والانتباه والحفظ

- تباطؤ حركي ونفسي.

- عجز أو برودة جنسية.

المظاهر الجسدية العامة: رقة الجلد وشحوبه لخاية فقدان اللون مع عدم نمو

الشعر. انخفاض نبض القلب وضغط الدم وحرارة الجسم.

الفحوصات: نقص في الهرمونات.

.F.S.H. - L.H. - T.S.H- A.C.T.H.- S.T.H.

اختبارات دينامية لتهييج لراز الهرمونات.

١٠- نقص الهرمون مضاد لدر البول (في النخامية) .A.D.H.

المظاهر النفسية: - مظاهر عصبية متنوعة.

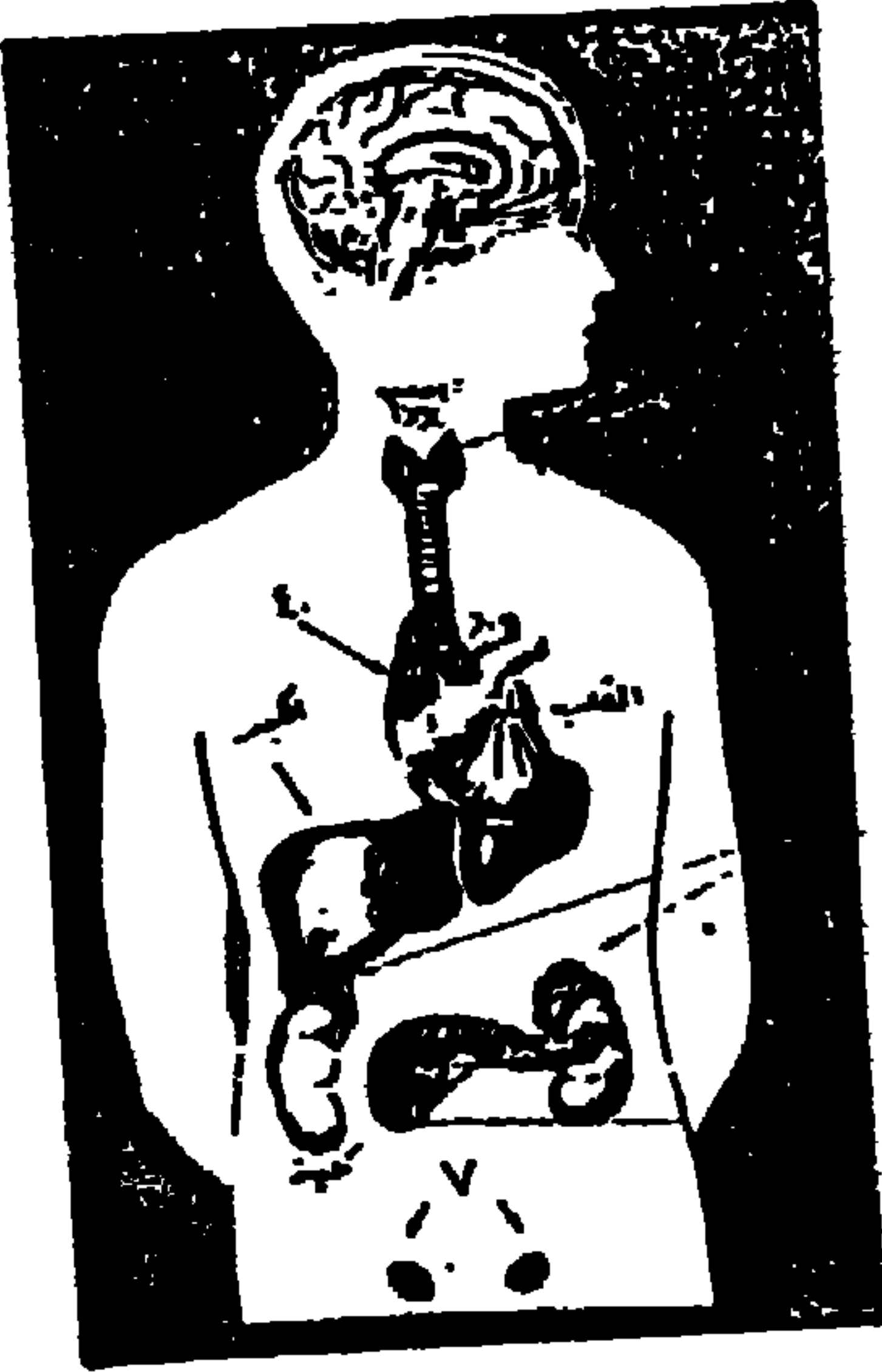
(وهن أو هام مرضية، عصاب... الخ).

- مظاهر ذهانية (خاصة في حالات الإدمان الكحولي).

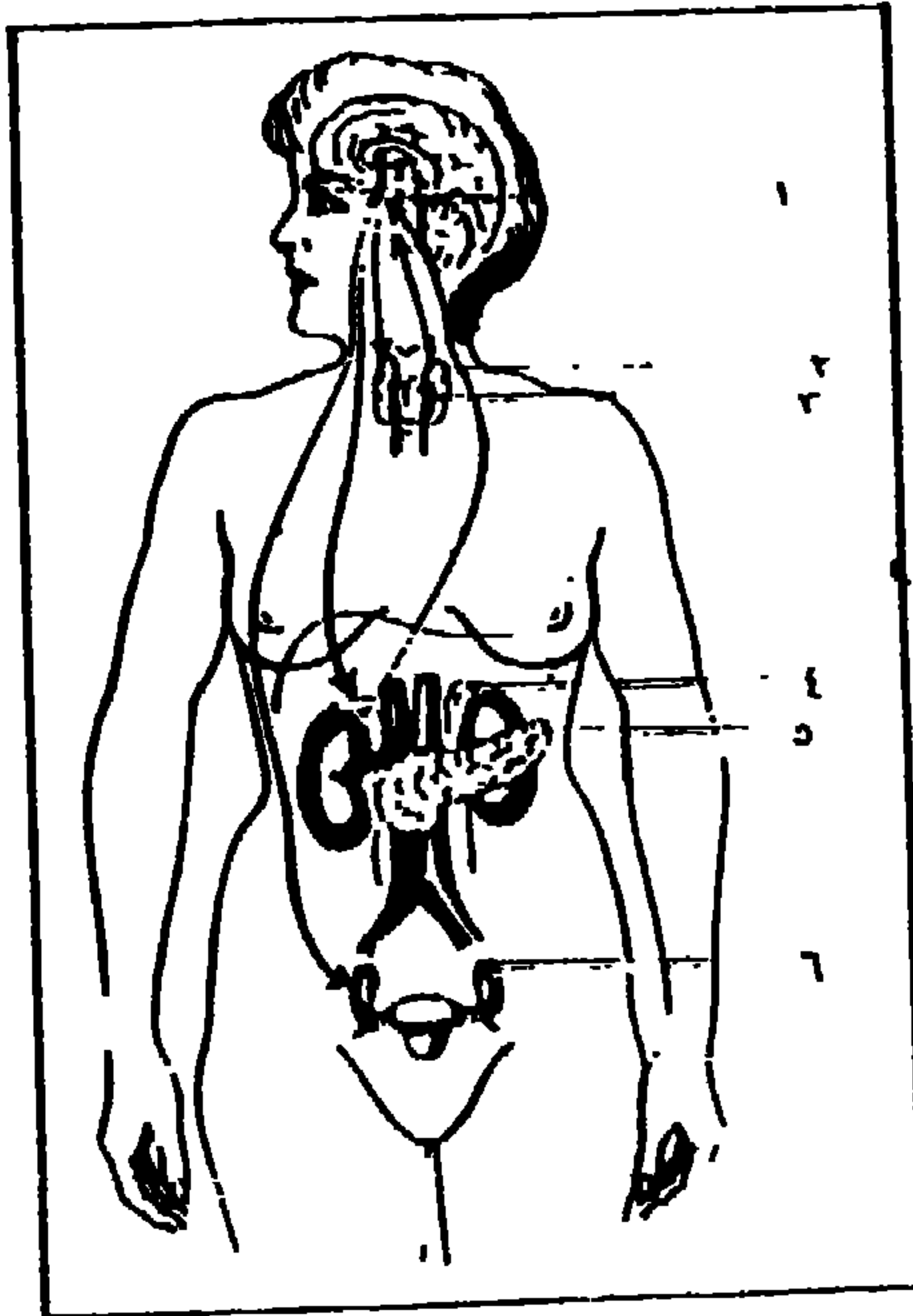
المظاهر الجسدية العامة: عطش شديد مع زيادة كبيرة في مرات التبول

وكميات البول (من ٥ إلى ٨ ليتر في اليوم).

الفحوصات: زيادة كثافة البول (تعالج ب- بيكاربونات الصوديوم).



- ١ - الغدة النخامية
- ٢ - الغدة الدرقية
- ٣ - الغدة الجار درقية
- ٤ - الغدة الزعترية (الصعترية).
- ٥ - الغدة الكظرية (فوق الكلوية)
- ٦ - غدة البنكرياس (لانجرهانس)
- ٧ - الغدد التناسلية



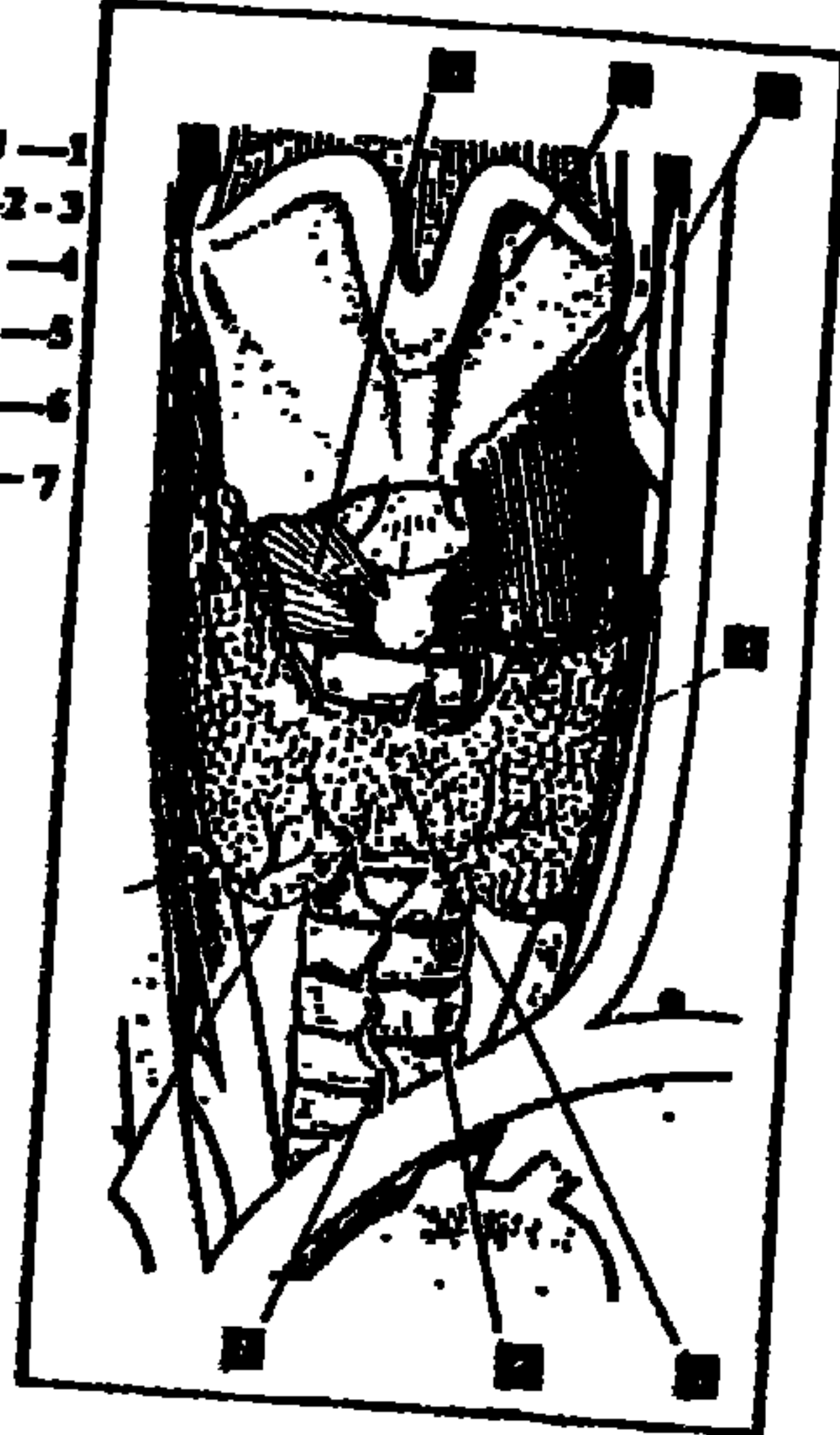
الغدد الصماء عند الأنثى:

- ١ - الغدة النخامية
- ٢ - الغدة الدرقية
- ٣ - الغدة الجار درقية
- ٤ - الغدة الكظرية
- ٥ - البنكرياس (جزر - لانجرهانس)
- ٦ - المبيضان



موقع الغدة الدرقية في منطقة العنق

- ١- الغدة الدرقية
- ٢- ٣- عضلات
- ٤- القص الجانبي
- ٥- بروز الغدة
- ٦- القصبة - الحنجرة
- ٧- الوريد الدريقي



مرض الكتلمة Acromegaly
لاحظ تضخم الوجه
والأطراف.



مرض كوشينغ (لاحظ التضخم الجوزي).



مرض هاشيموتو
(زيادة الوزن الدرقية)
لاحظ جمود
المفاصل.



1- الغدة جاروت الدرقية. 2- الدرقية.
3- الغدة الدرقية. 4- النسبة الهرمونية.



رسم لدرقية (فيل الجراحة).

٦- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوه الصبغيات:

الصبغية لو الكروموزوم هو خريطة وراثية تحوي خصائص الأهل الجسدية والفكرية للصحية والمرضية.

ولقد خطت الهندسة الوراثية، للدراسة لخصائص الصبغيات واضطراباتهما، خطوات كبيرة في مجال التعرف الى هذه الاضطرابات والتدخل من أجل إصلاحها. حتى بات الحديث دائراً حول إمكانية خلق جيل من الأطفال العباقرة بالتحكم بخصائصهم الجسدية والذكائية من خلال التحكم بصفات وخصائص الصبغيات. هذا وتدل الأبحاث على أن هذه الصبغيات تنقل الأمراض الوراثية بأحد أسلوبيين فإما ان يكون الانتقال مهيمنا (Dominant) وإما أن يكون متنحيًا (Recessif) حيث يزداد خطر الإصابة اذا كان كلا الوالدين مصاباً بالمرض.

هذا وتنقسم التشوهات الصبغية الى فئتين كبيرتين هما:

(١) تشوهات الغدد. (٢) تشوهات الشكل.

وكلا النوعين يمكنه ان ينتقل وراثيا كما يمكنه أن يكون ناجماً عن ظروف واسباب معينة تعترض انتاج الخلايا الصحيحة. وفي مقدمة هذه الأسباب نذكر "عامل ريسوس" حيث يؤدي عدم التناسب البيولوجي - المناعي لهذا العامل (بين الأم والأب) الى ظهور اليرقان في ٢٥٪ من الحالات. ويكون هذا اليرقان ناجماً عن

زيادة المخثر الذاتي الريسوس (Auto aglutinine RH) نمو الجنين. ويمكن الحد من أثر هذا العامل بإعطاء الـ (Immunoglobuline R.R) وعدم التناسب هذا يزداد مع تكرار الحمل حتى يأتي الحمل الرابع مشوهاً من الناحيتين العصبية والنفسية.

كما يمكن لأوضاع عديدة أخرى أن تؤدي إلى حدوث الخلل الصبغي ونذكر منها الإجاب بعد الخامسة والثلاثين وتعرض الحال، وبالتالي الجنين، إلى عوامل مرضية فيزيائية أو كيميائية أو ميكانيكية.

والخلية الإنسانية تحتوي على ٢٢ زوجاً من الصبغيات إضافة لزوج واحد من الصبغيات الجنسية (XY لدى الرجل و XX لدى المرأة). ويلاحظ أن زيادة صبغية على أحد هذه الأزواج يؤثر في حياة حامله حتى أنهم يموتون إما بإجهاض فجائي أو خلال القهور الأولى بعد الحمل. ويستثنى من هذه القاعدة زوج الصبغيات الجنسية والأزواج ١٤ و ١٥ و ١٨ (تتأخر الولد) و ٢١ (تتأخر المنغولية) و ٢٢. يعيش لغاية ١٢ عاماً). لذلك فإننا سنكتفي بعرض مظاهر التشوه الصبغي لدى المواليد الذين يستمرون في الحياة مع إهمال أولئك الذين يموتون باكراً.

الاضطرابات العقلية المصاحبة للتشوهات الصبغية

١- زوج الصبغيات الرقم واحد

- نوعية التشوه: صبغي مستدير بشكل خاتم.

- مظاهر التشوه: انخفاض الوزن عند الولادة، مع تأخر النمو الجسدي

والعقلي باعتدال.

٢- زوج الصبغيات الرقم أربعة

- نوعية التشوه: أ- صبغي واحد بدل اثنين.

ب- صبغي كامل وثنان غير مكتمل

- مظاهر التشوه: أ- صغر مبالغ في حجم الجمجمة، مرض دماغي متطور مع ضمور الدماغ. إضافة لعدد من التشوهات التي تحدد مستوى الخطر. بعضهم يعيش لغاية العشرين سنة.

ب- ضعف عقلي. ببطء نمو الوزن والقامة. له مظهر مميز من خلال الأنف والأنف المميزين لهذا المرض. مع تشوهات في الأطراف والأحشاء.

٣- زوج الصبغيات الرقم خمسة

- نوعية التشوه: انشطار الذراع القصير للصبغي.

- مظاهر التشوه: يصدر الوليد صرخة مميزة تشبه المواء (تتأخر صرخة القط) وذلك بسبب تشوه الحنجرة. يضاف الى ذلك صغر حجم الجمجمة وتخلف عقلي. خطوط اليد والبصمات لها شكل غير طبيعي. إضافة الى تشوهات مختلفة. ويمكن لهؤلاء الوصول الى سن البلوغ اذا لم تكن لديهم تشوهات خلقية أخرى.

٤- زوج الصبغيات الرقم ستة

- نوعية التشوه: صبغي مستدير.

- مظاهر التشوه: تخلف نفسي - حركي حاد مع صغر حجم الجمجمة واتساع قاعدة الأنف والأنفان منفردتان نحو الأسفل.

٥- زوج الصبغيات الرقم تسعة

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد غير مكتمل.

ب- صبغي واحد بدل اثنين.

مظاهر التشوه: أ- تخلف عقلي حاد. جمجمة صغيرة وجبهة منتفخة والمحجران عميقان مع تغيرات في الأصابع ونقص النمو.

ب- العينان مائلتان نحو الأسفل ونحو الخارج. الشفة العليا طويلة - تخلف

عقلي.

٦- زوج الصبغيات الرقم اثني عشر

- نوعية التشوه: صبغي وحيد غير مكتمل.
- مظاهر التشوه: صغر حجم الجمجمة، جبهة ضيقة، أنف حاد، يمكن أن يموت في طفولته أو أن يعيش لغاية ٣٥ سنة.

٧- زوج الصبغيات الرقم ثلاث عشر

- نوعية التشوه: صبغي غير مكتمل ووحيد.
- مظاهر التشوه: مظهر للوجه اغريقي، أسنانه مثل أسنان الأرنب وتشوهات مختلفة. (تناثر باتو - انظر الصورة).

٨- زوج الصبغيات الرقم أربع عشر

- نوعية التشوه: زائد.
- مظاهر التشوه: عدد ضئيل من الحالات ويتميز بأنف طويل مع قاعدة مستكة وكذلك الشفة العليا ممتدة - عته عقلي ولكن يمكن أن يعيش.

٩- زوج الصبغيات الخامس عشر

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد.
- ب- صبغي مستدير.
- مظاهر التشوه: أ- تشوهات في الوجه والجمجمة (المحجران غائران والجمجمة صغيرة) تخلف عقلي وغالباً نوبات تشنجية يمكن أن يعيش.
- ب- جمجمة صغيرة، اضطرابات عضلية وصغر الجسم تخلف عقلي.

١٠- زوج الصبغيات الثامن عشر

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد مكتمل أو لا.
- ب- صبغي وحيد.
- مظاهر التشوه: أ- يعرف بتناثر الوارد. لديه تشوهات في الجمجمة، والأنف كبيرتان وتشوهات في الأطراف. نادراً ما يعيش لغاية ١٥ - ١٩ سنة.

ب- قامة قصيرة، وجه مدور، أنف عريضتان، فم عريض، تشوهات في الأسنان وفي الأطراف. مع بعض التشوهات يعيش لغاية ٦٠ سنة.

١١- زوج الصبغيات الواحد والعشرون

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد مكتمل أو لا.

ب- صبغي وحيد.

- مظاهر التشوه: أ- تشوهات في الوجه والجمجمة (شكل الوجه يشبه شكل الانسان المنغولي ومن هنا تسميته بتناذر المنغولية).

لديه تخلف عقلي حاد مع شكل خاص لخطوط راحة اليد. اضافة الى تشوهات قلبية وهضمية وحساسية امام الالتهابات. وهو أكثر تعرضاً للإصابة بالسرطان ٢,٦٪ منهم يعيشون لغاية ٥٠ سنة.

ب- تشوهات الوجه والجمجمة، تخلف عقلي مهم، حالة واحدة عاشت ٥٤ عاماً.

١٢- زوج الصبغيات الثاني والعشرون

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد ومكتمل.

ب- صبغي مستكير.

- مظاهر التشوه: أ- تأخر نمو القامة، تخلف عقلي حاد، تطور المرض يختلف من حالة الى أخرى. أكثرهم عمراً يبلغ ١٢ سنة.

ب- تشوهات في الوجه والجمجمة (جمجمة صغيرة وحاجبان مزروعان نحو الأسفل) تخلف عقلي حاد وتشوهات مختلفة.

١٣- الصبغة X

- نوعية التشوه: أ- صبغي وحيد مكتمل أو لا (تناذر تورنر (Turner).

ب- صبغي (س) زائد (XXX).

ج- ٤ أو ٥ (س) (XXXXX).

- مظاهر التشوه: أ- القامة قصيرة (معدلها ١٤٠ سم) وانعدام النضج الجنسي مع تشوهات جسدية وحشوية مختلفة. تشوهات في أدوات الحس مع تخلف عقلي بسيط في ٨٪ من الحالات غالباً يموت رضيعاً ولكنه يمكنه أن يعمر.

ب- أو تتأخر السوير امرأة وغالبية طبيعيات ويمكن أن يغيب الحيض لديهن وأن يبكر سن اليأس.

ج- تشوهات في الوجه والجمجمة (شبيهة المنغولي). تخلف عقلي بسيط في ٦/١ من الحالات.

١٤- الصبغية ي (Y)

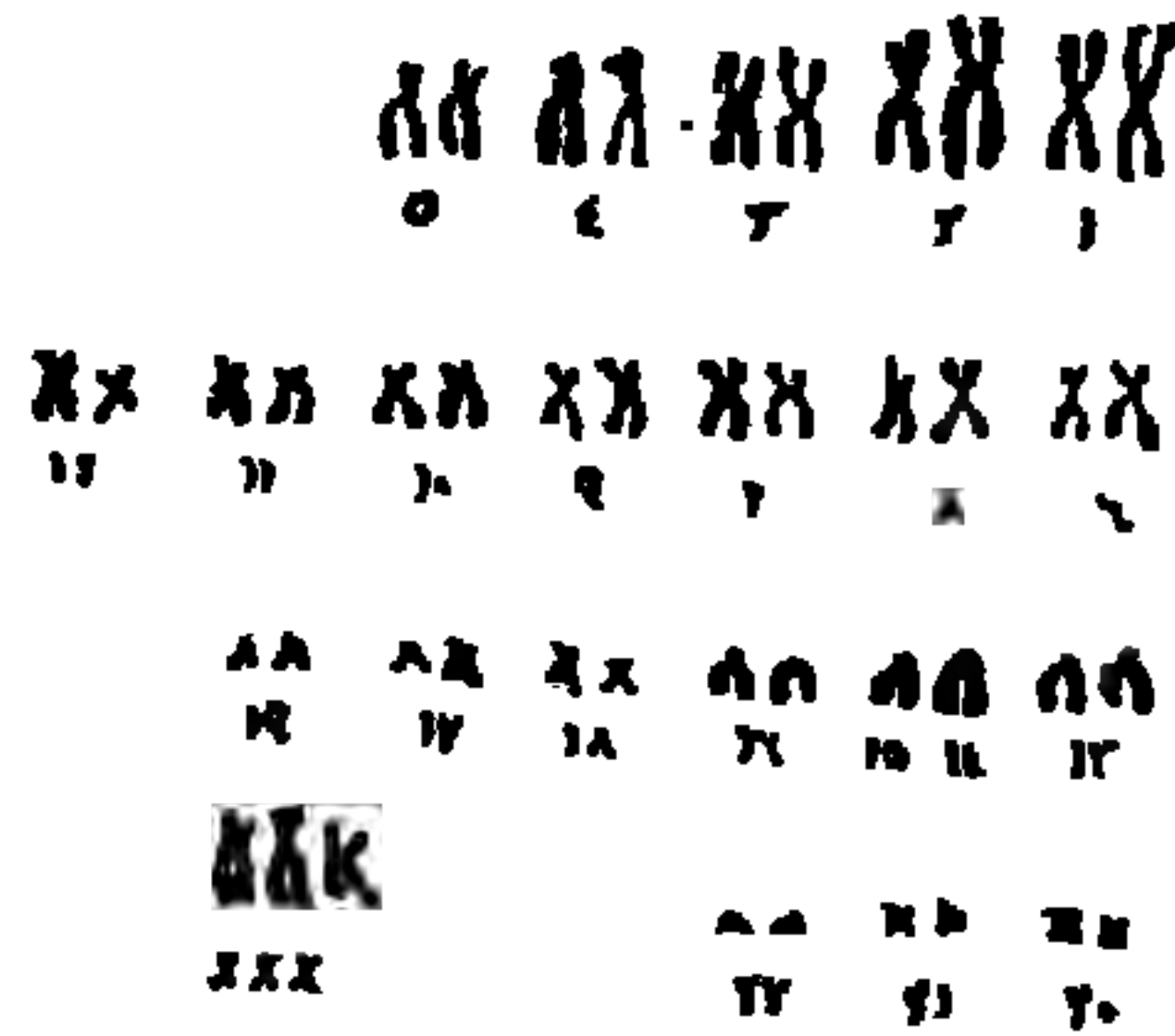
- نوعية التشوه: أ- صبغيات XXX.

ب- صبغيات XX YY أو XXXY أو XXXXY.

- مظاهر التشوه: أ- قامة طويلة وعدائية مع ضمور الخصيتين وتخلف عقلي (١٠ - ١٢٪ من الحالات) يزداد حدة مع نمو المريض. وزيادة نسبة الهرمون الأنثوي F.S.H مع عدم نمو الشعر ومظاهر الرجولة بشكل طبيعي.

ب- اضطرابات عقلية متنوعة وزيادة في نمو القامة تختلف في حدتها من

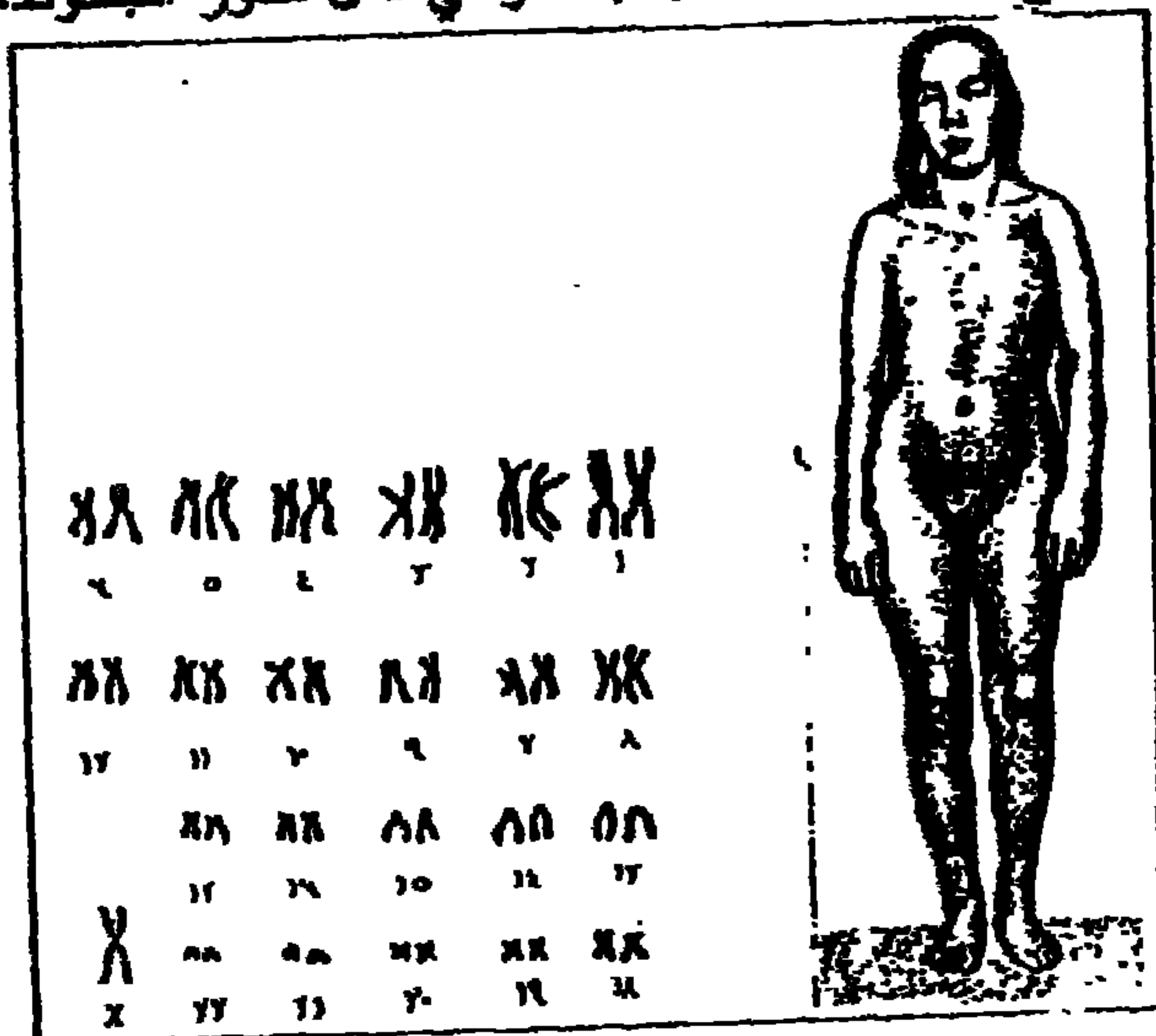
حالة إلى أخرى.



امرأة مريضة بمرض التريسميا X ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

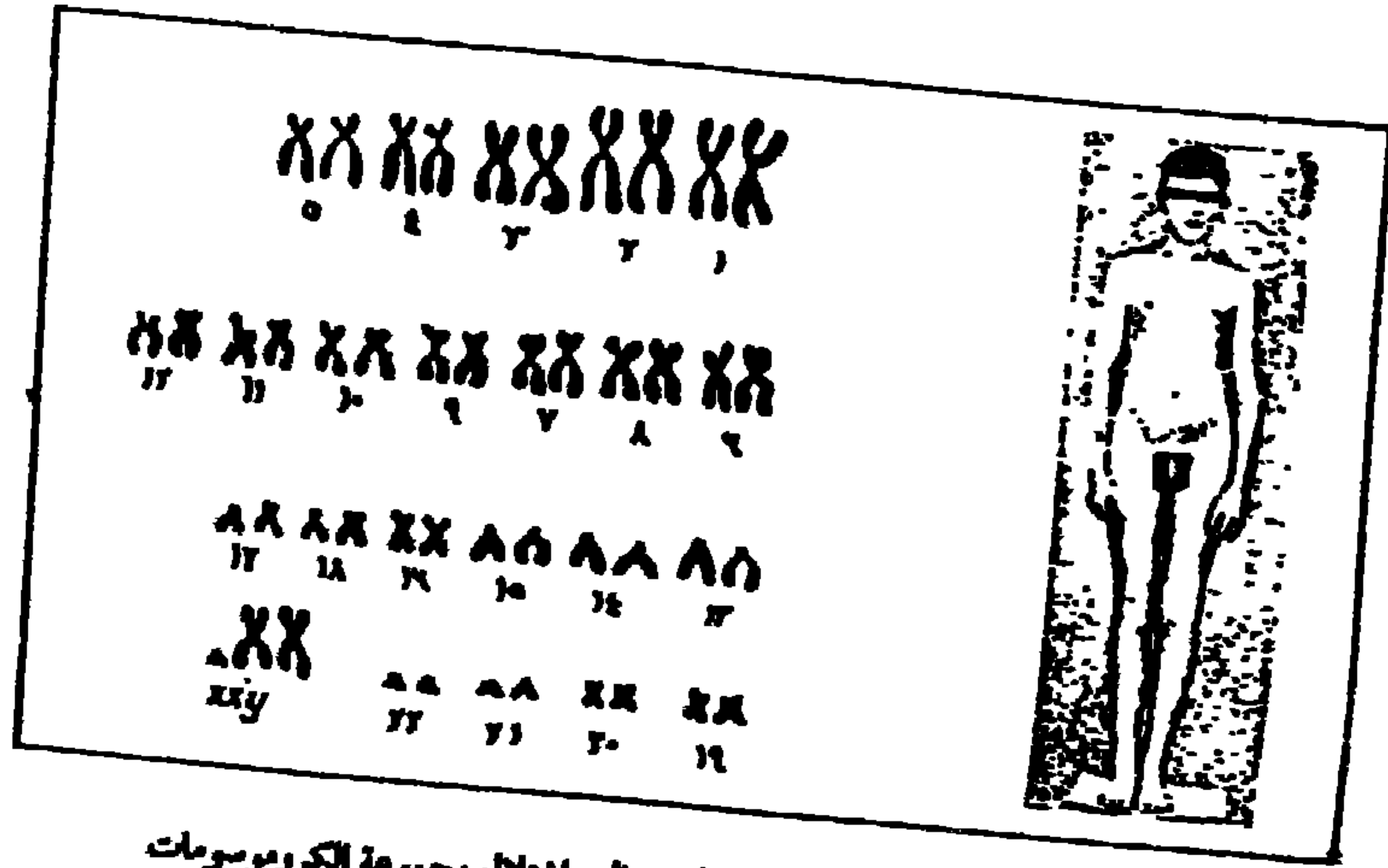
تتأثر ادوارد (Edward) ويحدث بسبب زيادة صبغى في الزوج السادس عشر .

يولد ناقص الوزن وصغير الجمجمة وأنف صغير مستقيم وغلظة في العين (Epichantus) وأحياناً تشوه الأذنين. الرقبة قصيرة وعضلات النقرة متجمدة - القص الصدري قصير - اليدين منحرفتان والسبابة مع الأصبع الرابع تغطيان الأصبع الثالث. تطوره النفسي والعقلي بطيء جداً - يموت عادة في السنة الأولى. تتأثر صرخة القط (Crit du Chat) يمتاز بتضيق الجمجمة (Craniosostenose) وجحوظ العينين والحوول التخلف العقلي ليس قاعدة والجراحة ضرورية في حال ارتفاع الضغط داخل الجمجمة أو في حال تطور الجحوظ.



امرأة في سن ٢٣ مريضة بمرض شيريشيفسكي - تيرفر ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تتأثر تورنر (Turner) ويحدث في ولادة من أصل ٣٠٠٠ ولادة. و ٩٠٪ من الحالات تجهض قبل الولادة. ويمتاز بصبغية جنسية واحدة (X) عوضاً عن اثنتين. والمريضة أنثى دقيقة الحجم غير مكتملة النمو (قصيرة القامة وثنيات جلدية على الرقبة وأذان متراخية) وتشوهات في الجهاز الدوري مع احتمال الخلل العقلي.



شاب في سن ١٥ سنة مريض بمرض كلاينفلتر ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تتأثر كلاينفلتر (Klinefelter) ونسبته واحد في الـ ١٠,٠٠٠ ولادة بين الذكور. يمتاز المريض بطول القامة وبخصائص ذكورية واضحة (ولكن مع تخلف نمو الخصي وانعدام إنتاج السائل المنوي) مع ترسبات دهنية واضحة وبروز محدود للصدر. وشعره أقرب إلى شعر الإناث. لديه صبغية زائدة فهو يملك (XXY) بدلاً من (XY). في العادة يعاني من مظاهر التخلف العقلي.

٧ - الاضطرابات العقلية الناجمة عن التسمم:

وتتجم هذه الاضطرابات كنتيجة لتعاطي مواد تمارس تأثيرها انطلاقاً من الجهاز العصبي. وذلك بحيث يؤدي تكرار التعاطي أو تكرار تعريض الجهاز العصبي لهذه الآثار السمية إلى أحداث خلل عصبي ينعكس بمظاهر عقلية متنوعة. وفي هذا المجال نتحدث عن:

أ- إدمان الكحول:

هو حالة نفسية مترافقة باضطرابات مزمنة على صعيد السلوك. بحيث يكون تعاطي الكحول هو سبب هذه الاضطرابات. ويكون هدفه التخفيف من الكرب ولكنه يتحول مع الوقت نحو سلوك التدمير الذاتي للشخص.

ويمكننا تعريف الايمان الكحولي من خلال العناصر التالية:

- استهلاك مبالغ للكحول.
- ظاهرة التعلق (الايمان).
- الخلل الجسدي والعقلي (من خلال علامته المتبدية).
- أما عن الاشكال العيادية للاضطرابات الناجمة عن هذا الايمان فهي كثيرة ومتنوعة بتنوع للمادة والكمية المميزتين لهذا الايمان. ويمكننا تصنيف هذه الاضطرابات على النحو التالي:

- التسمم الكحولي الحاد.
- الاضطرابات النفسية الحادة وما تحت الحادة.
- تناثر التعاطي المزمن.
- الاشكال الهذيانية للايمان الكحولي.
- أمراض النقص الكحولية - الدماغية.
- العته الكحولي.

الفحوصات الطبية:

يؤدي ادمان الكحول الى اضرار عضوية منتشرة الأمر الذي يستوجب اجراء

الفحوصات التالية:

- فحص جسدي - طبي عام (مع التركيز على الفحص العصبي وفحص الكبد والمعدة).
- تخطيط الدماغ وتصوير الدماغ المحوري الطبقي (او بالرنين المغناطيسي).

- فحص السائل الشوكي.

- فحص نسبة الكحول في الدم والـ - glutamil - (Gamma - Transferase).

٧- أ/ الاضطرابات العقلية المصاحبة للتسمم الكحولي

١- التسمم الكحولي الحاد أو الكُحال

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

أ- لغاية بلوغ نسبة الكحول في الدم ٠,٨ غرام في الالف لا تظهر أية علائم عيادية غير انخفاض القدرات النفسية والحركية. ثم تبدأ بعد فترة مرحلة من الهياج النفسي الحركي حيث يتبدى الشفق (فرح غير مبرر) ونادراً الحزن. وتتدافع الأفكار. ويزيد الانتباه مع سيلان الكلام وزيادة القدرة على التذكر ونزق معتدل وخيال زائد. ويمكن ملاحظة بعض التشنج الجسدي.

ب- عندما تتراوح نسبة الكحول في الدم بين ١ و ٤ في الالف يبدأ عدم الترابط الكلامي وزوال الكف وشفق مبالغ. ولاحقاً ينسى ما فعله أثناء سكره.

ج- عندما تتعدى نسبة الكحول ٢ غرام في الالف تبدأ اضطرابات الوعي بالظهور لتصل إلى الغيبوبة لدى تراوح هذه النسبة بين ٤ و ٦ غ في الالف.

٢- الاضطرابات العقلية الحادة وما تحت الحادة (المرافقة للكُحال).

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

الهذيان الكحولي ما تحت الحاد

ويتم تشخيصه من خلال التأكد من التعاطي للمزمن وظهور الهذيان النولمي والخبيل العقلي. وهو يبدأ عادة في الليل ويبدو كأنه متابعة واعية لكابوس ما رآه المريض أثناء نومه ثم يتحول المريض إلى الهياج مع احمرار الوجه (طفح دموي) وتعرق زائد.

الهذيان الكحولي الحاد.

ويتم تشخيصه من خلال علائم الهذيان ما تحت الحاد مضافاً إليها علائم الإصابة العامة للكبد والحرارة ونشاف المياه في الجسم مع ميل لفقدان الوعي. ويبدأ هذا الهذيان بشكل انفجاري مفاجئ وتتبدى خطورته منذ البداية. ويتجلى بهيجان حاد مترافق مع هذيان نواامي.

٣- تناثر التعاطي المزمن

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتبدى في تغيرات السلوك لدى المريض الذي يصبح ميالاً للانانية والغيرة والشك والذي يصبح لا مبالياً بمسؤولياته ومهتماً فقط بتناول الكحول. ويبدأ بمعاناة وجود ثغرات في ذاكرته مع الانخفاض التدريجي لقدرته على الانتباه والتركيز هذا يعتبر جيلينيك (Jellinek) أن ظهور الثغرات التذكيرية هو الاعلان عن استقرار التسمم الكحولي. وعلى الصعيد الجسدي نلاحظ تحسس المعدة أو القرحة ومظاهر إصابة الكبد (من الإصابة الانتهاية ولغاية التشمع) مع تسارع عملية الهضم . وعلى صعيد القلب فإنه يتجه نحو عدم الكفاية بسبب تسارع النبض وارتفاع الضغط ونقص الفيتامين ب (١) بسبب الكحول .^١

كما يلاحظ ارتجافاً على صعيد الأطراف والشفاه . ويكون هذا الارتجاف سريعاً ومحدوداً .

٤ - الأشكال الهذيانة للتعاطي المزمن : (وهي تعقيدات الاضطرابات

العقلية البعد وما تحت الحالة المذكورة سابقاً) .

الآثار النواجية :

وهي الفترة التي تلي فترة الهذيان النوامي وتتم في ثلاث مراحل:

(١) مباشرة بعد الصحو من الحالة النوامية حيث يعتقد للمريض بصحة ما تهباً

له في نواامه .

(٢) يتردد في اعتقاده بهذه الصحة .

(٣) يتحكم بأفكاره ويدرك الطبيعة الهذيانة لهذه التهيؤات النوامية (وتتراوح مدة هذه الفترة ما بين البضع ساعات واللبضعة أيام ونادراً ما تتحول الى دائمة).

هلاس فيرنيكيه الكحول.

ويعرف من خلال الهلوسات السمعية - الكلامية (الشخص الثالث) مع عمق صافٍ للوعي وهذيان ثانوي ضعيف البنية. ويبدأ هذا الهلاس عادة بعد المبالغة في الشرب. ويتبدى عادة في الليل ويصعب تفريقه عن الأوهام. ويصاب المريض بحالة من الهيجان الحاد التي قد تؤدي به الى الانتحار أو الاعتداء على الآخرين أو الهرب للدفاع عن نفسه أمام الاخطار التي يهيء له انها تهدده (بسبب الهلوس الهذيان). ومن هنا القلق الحاد لهذا المريض. ويتطور هذا الهلاس اما نحو القراجع أو نحو الازمان أو نحو التعقيد ليصبح كأنه فصامي.

الهذيات الكحالية المزمنة.

أ- هذيان الغيرة: ويبدأ عقب فترة نوامية عادة. وتكون بدايته ممتدة لتصل الى حدود العيشية. ويتصاحب برود فعل العدوانية. وهو هذيان منظم نسبياً مع آلية تفسيرية نظيرة المنطقية.

ب- الهذيان الهلاسي المزمن: أو العظام الهلاسي لمدمني الكحول (كرابلين) ويمكنه أن يبدأ تدريجياً أو فجائياً بعد مرحلة نوامية. وذلك من خلال ظهور الهلوسات و/ أو نظيرة الهلوسات. وغالباً ما تكون الغيرة موضوع هذا الهذيان.

ج- التناورات الفصامية: وهي تستقر بصورة تدريجية عقب هذيان نواامي حاد أو ما تحت الحاد. وتتبدى بشكل أعراض تفككية فصامية التي يمكن أن تكون لها لهـى

آلتيين: (١) الفصام غير المستقر (بلويلير) الملاحظ لدى مدمن كحول

(٢) ذهان فصامي للشكل لدى مدمن كحول.

٥- أمراض النقص الكحولية الدماغية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ذهان التهاب نهايات الأعصاب الكحولي (كورساكوف).

هو تناذر خللي يظهر عقب الكحال المزمن وفيه يهيمن فقدان القدرة على الحفظ والتعرف الخاطئ على الأشياء بالاضافة للاراجيف (Confabulation) واليهما يضاف التهاب نهايات الاعصاب.

ويبدأ هذا الذهان مثل بداية أية حالة خبلية ويتصاحب مع: صداع وأرق وفقد الإرادة (الاقبال على الحياة) والاكتئاب. ويلاحظ في البداية حالة وهن جسدي تترافق أحياناً مع مظاهر عدم كفاية الكبد. ثم تتبدى مجموعة من الأعراض النفسية مثل انعدام القدرة على التوجه في الزمان والمكان وانخفاض هام في القدرة على الانتباه ومظاهر التهويل والاراجيف (Fabulation). ويتطور هذا الاضطراب اما نحو الشفاء (لدى الشبان وفي حالة العلاج المبكر المناسب) واما نحو الازمان (تتحول نحو العته الكحولي) واما نحو الموت.

إصابة فيرنيكية - غاييت الدماغية.

تبدأ هذه الإصابة عادة لدى المدمنين القدماء الذين تشبعت اجسامهم بآثار التسمم الكحولي. ويشجع ظهور هذه الإصابة تعرض المريض للصدمات او للعمليات الجراحية. وتمتاز هذه البداية بتعاظم آثار التشبع الكحولي. ثم تبدأ حالة من الذهول تقطعها فترات من الهياج والهلوسات التي تضاف اليها بعض العلائم العصبية على أصعدة العين (رهاب الضوء وتغيرات ارتكاسات العين والبؤبؤ وعضلات العين، والعضلات (تقلصات عضلية وزيادة حيوية العضلات وبابينسكي ايجابي) إضافة الى اضطرابات عصبية - نباتية (على صعيد الدماغ) مثل تسارع النبض والتنفس. وتتطور هذه الإصابة نحو الشفاء بعد بضعة اسابيع من العلاج. اما مع افعال العلاج فإنها تتطور نحو الغيبوبة والموت.

٦- أمراض العته الكحولي (Demences. Alcoliques)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

العته الكحولي البسيط.

ويبدأ فجأة مع مظاهر انخفاض الذاكرة والانتباه والتداعي الفكري قدرة الحكم على الأشياء وكذلك انخفاض احترام اللياقات الاجتماعية.

تظير الضلال الكحولي العام.

ويمتاز أولاً بهذيان الكبر والعظمة وتأتي عقب الهذيان الكحولي الحاد أو ما تحت الحاد. ويلاحظ ارتجاف الأطراف وعدم تساوي حركات العين واضطراب التوازن وانعدام تأزر الحركات (Dysarthie).

تظير العته الخبلي.

حيث تهيمن حالة من دغش الوعي (Obnubilation).

ب- ادمان السموم (المخدرات):

ادمان السموم هو حالة نفسية وعادة جسدية ناجمة عن الاستهلاك المتكرر لأحد السموم مما يؤدي إلى الاعتیاد ومعه إلى ظهور تباثر نفسي - جسدي في حالة الانقطاع عن الاستهلاك. ويمكننا تعريف هذا الادمان من خلال العناصر التالية:

- الاستهلاك المتكرر لأحد أنواع المخدرات.

- تبدي ظواهر الانقطاع والاعتیاد والادمان.

- الآثار التكميرية على الأصعدة النفسية والجسدية والاجتماعية.

أما عن الاشكال العيادية لادمان المواد فهي التالية:

أ- حالات الادمان القصوى:

١- ادمان الافيون ومشتقاته (المورفين والهيريون... الخ).

٢- ادمان القنب الهندي ومشتقاته (حشيش، ماريهوانا... الخ).

٣- ادمان الكوكايين.

٤- امان الـ L.S.D.

٥- امان الكحول.

ب- حالات الايمان الدنيا:

١- امان القهوة والشاي.

٢- امان التبغ (التدخين).

٣- امان شم الأثير Ether.

٤- امان بعض الأدوية النفسية (الباريتيرات، الكلورال، الامفيتامين... الخ).

الفحوصات الطبية:

قياس نسبة تركيز المادة السامة في دماء المريض وفي بوله. اضافة الى فحوصات

وظيفية الكبد (التي قد تتعطل بسبب هذه السموم) والكلية... الخ. اضافة ايضاً الى

الفحوصات النفسية.

العواقب:

في حال استمرار التعاطي فإن هذه السموم يمكنها أن تؤدي الى احداث تغييرات

هامية في الشخصية تختلف خطورتها باختلاف سمية المادة موضوع الايمان وقس

عليه بالنسبة للاضرار الجسدية.

٧- ب/ الاضطرابات العقلية المصاحبة لادمان المخدرات

١- المخدرات الدهولية مورفين - هيروين.

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

اضافة الى كونها مضادة فاعلة للألم فإنها تؤدي الى تغييرات على صعيد

التفاعل وعلى صعيد القدرات الالراكية (مع أو بدون تأثير على مستوى الوعي

اليقظ) وتقود هذه المواد متعاطيها الى حالة من السكر والاسترخاء النفسي. اما عن

أضرارها وانعكاساتها فهي تؤدي على الصعيد الجسدي الى:

(Miose) وعدم القدرة على تحمل الاثرات الضوئية والسمعية وانتفاخ الأنسجة المخاطية واضطرابات هضمية وارتفاع الضغط. والمبالغة في تعاطيها يؤدي الى عدم كفاية التنفس والقلب وصولاً الى الغيبوبة والتورم الرئوي (Oedeme) وصولاً الى الوفاة.

وفي حالات الانقطاع تنبدي علائم هذيان ارتعاشي أفيوني (شبيه بالهذيان الارتعاشي الكحولي).

أما على الصعيد النفسي فنلاحظ اضطرابات الانتباه والوعي والادراك واضطرابات سلوكية متنوعة مع ميول عدوانية فائقة في حالات الانقطاع.

٢ - القنب الهندي (مخدر مهلوس) أو الحشيش

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتم استهلاكه بأشكال عديدة منها الحشيش والماريهوانا ويمكن تعاطيها من طريق التدخين. ويؤدي هذا التعاطي الى احداث المظاهر التالية:

تسارع نبض القلب وجفاف الفم وزيادة تدفق الدم على الأنسجة المخاطية. وعلى الصعيد النفسي فإنه يعطي بعض الأحاسيس الايجابية العابرة (التي يبحث عنها المدمنون) مثل الشفق والشعور الايجابي بالذات والافتقاد لمفهوم الزمان والمكان (وبالتالي التخلص من وطأتهما) وذلك اضافة الى زيادة الاحساس وتضخمه (بصري وسمعي ولمسي) وكذلك الاحساس الوهمي (والذاتي) بالتخفف من الاعباء. أما عن الآثار الجانبية فنذكر منها: نوبات القلق (تترافق مع بداية التعاطي) واضطرابات التأزر النفسي - الحركي واضطراب الادراكات البصرية ونوبات التعرق وفقدان الوعي والعدائية. ويمكن لهذا الايمان أن يدعم الحالات الذهانية وان يعمقها.

٣- الميسكالين L.S.D. (مخدر مهلوس)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

- ان أكثر الاضطرابات النفسية (المصاحبة لتعاطي الـ L.S.D. عمومية هي انخفاض عتبة الادراك الحسي وتتجم عنه المظاهر التالية:
- تصبح الالوان كثيرة الحد ويراهما المتعاطي وكأنها تتعدى حدودها الحقيقية (هالة الألوان). ويؤثر هذا الانخفاض في عتبة الادراك الحسي في صورة الذات. هذا التأثير الذي يمكنه أن يصل الى حالة التفكك الجسدي (كما في الحالات الفصامية). ثم لا تلبث وان تتبدى اضطرابات الوعي - اليقظ مع اضطراب التوجه في الزمان والمكان. كما يصاب المتعاطي بتغيرات مزاجية مفاجئة اذ يتراوح مزاجه بين القلق - العدائية وبين الشفق (فرح بدون مبرر). وعلى وجه العموم فان استمرار التعاطي يؤدي الى انخفاض القدرات الذهنية للمتعاطي.
 - اضطرابات جسدية متنوعة (غثيان ودوار وتعرق وتسارع نبض) والأهم نوبات الهياج وردود الفعل الهلعية والعدائية نحو الذات (محاولات انتحار) ونحو الغير. ونلفت الانتباه الى أن أثر التعاطي المزمّن يؤدي الى تشوهات صبيغية تؤثر في الاولاد الذين ينجبهم المدمّن وهذا الأثر كان وراء تراجع تعاطي هذه المادة في الولايات المتحدة.

٤- الكوكايين

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

- وهو قلوية تستخرج من نبات الكوكا. وله مفعول مشابه لمفعول الامفيتامين إذ يعطي متجرعه احساساً بالنشاط والحيوية وبزوال التعب. مع زيادة احتمالات التحول نحو الهياج والهنيان والهلوسات وبخاصة من نوع (أوهام الصغر). وهذا المخدر يشجع ظهور النوبات الذهانية ولا تزال تتبدى له آثار ضارة جديدة.

٥- الأدوية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

هنالك مجموعة من الأدوية التي يمكنها أن تساهم في أحداث الاضطراب العقلي ومنها أدوية نفسية مثل الامفيتامينات والتريهكسي فينيديل والمنومات واملاح الليثيوم وأدوية أخرى مثل مضادات السل والكورتيزون ومخفضات الضغط. ومعدلات نبض القلب ومنشطات القلب ومثيرات الودي ومضادات الحرارة والاستفراغ والسكري.... الخ.

٨- اضطرابات الحمل والولادة:

تمتاز فترة الحمل بعوارض نفسية مختلفة في حداثها وفي نوعيتها وفي ديمومتها. وهذه العوارض على علاقة مباشرة بالتغيرات الهرمونية المعقدة التي ترافق الحمل كما انها على علاقة بالاجواء النفسية - الاجتماعية المرتبطة به. ولهذه العوارض أشكال عيادية مختلفة نلخصها بالتالي:

٨- الاضطرابات النفسية المرافقة للحمل والولادة

١- التغيرات النفسية - الفيزيولوجية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويمكنها أن ترافق المرأة طيلة الحمل أو خلال مراحل محددة منه. وهي تقسم الى:
(١) تغيرات حسية (تؤدي الى الوحم) و(٢) انخفاض القدرة على مواجهة الاحباط و(٣) انخفاض بسيط على الصعيد الادراكي (ذاكرة، انتباه، تركيز... الخ) و(٤) تغيرات مزاجية - غريزية (مثل اضطرابات الشهية والمزاج والرغبة الجنسية... الخ).

٢- العوارض العصابية

- المظاهر النفسية والجسدية:

- التناذر الوسواسي - القهري.

- التناذر الرهابي (مخاوف مختلفة و متمازجة).

- التناذر الهستيري.

وتختلف قوة هذه العوارض العصابية باختلاف الشخصية السابقة للحمل.

٣- العوارض ذات الطابع الذهاني.

- المظاهر النفسية والجسدية :

وهي نادرة وتبتدئ غالباً في الثلث الأخير لفترة الحمل وتتنظاهر بشكل أنهارى يمكنه أن يمتد إلى ما بعد الولادة . كما يمكننا أن نصادف بعض التناذرات النفسية - العصبية الخطرة (ولكن نادراً جداً) من نوع : ١) التهاب نهايات الأعصاب العلقى لدى الحوامل (ويظهر لدى شابات تحملن للمرة الاولى وسيئات التغذية بسبب الاستفراغ. الأمر الذي يتبدى بتناذر كورساكوف مع شلل ضموري مؤلم وخبل علقى) و ٢) زفن الحمل (Corhee) ويتبدى لدى مريضة زفنية سابقاً ويختفي بعد الحمل و ٣) يمكن لأولى نوبات الصرع أن تظهر بمناسبة الحمل.

٤- الحالات الخبلية بعد الولادة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتبدأ فجأة بدون تمهيدات وبدون أية علائم التهاوية. وتتراوح بين البسيطة (دغش الوعي) (Obnubilation) وبين الخطرة (ذهول Stupeur).

٥- الحالات الخبلية Etat Confusional.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهذه الحالة هي عامة من النوع الخبلي - الحلمي ذي الطابع القلقى "تعيش المريضة حالة قلق (مختلف في حدته) بسبب معاشتها لمشاهد محزنة وأحياناً مرعبة" ويمكن لهذا المزيج (خبل + حلم + قلق) أن يتبدى بأشكال مختلفة (كآبة وهوس وحالة جمودية) تتعاقب في ظهورها. وهذه الحالات ذات مستقبل جيد وتميل الى التراجع.

٦- الحالات الهذيانية بعد الولادة *Etat Delirant*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكنها أن تكون على علاقة بالمظاهر الخيلية أو أن تكون مستقلة. وتبدأ بحالة من تفكك الشخصية وانعدام الاستيعاب. وعلى هذا الأساس تظهر الأفكار الهذيانية (ضعيفة البنية) المتمحورة حول الاضطهاد والأفكار. ويمكنها أن تعطي الطابع الذهاني الانهيارى.

٧- الحالات الذهانية المزاجية بعد الولادة *Etat Psycho - Affectif*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكن أن تسبقها فترات من الخبل أو الهذيان ثم تبدأ المظاهر الانهيارية مع هذيان على علاقة بالحمل والطفل وأفكار انتحارية و/ أو قتل الوليد. كما يمكن ظهور الحالات الهوسية (نادرة بالمقارنة مع الانهيار) حيث اضطراب النوم والعدوانية وهروب الأفكار والشمق.

٨- الحالات الفصامية بعد الولادة *Schizophreniforme*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتبدأ عادة (٤-٦ أسابيع) بعد الولادة ويمكنها أن تبدأ بالهذيان الذي يزداد تنظيمًا مع تطور الحالة وميل للانعزال والنزوية والعدائية مع أفكار الغيرة والاضطهاد.

٩- الاضطرابات العصابية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ولها الطابع القلبي - الانهيارى وتتسم بلا مبالاة الأم أمام وليدها.

١٠- الاضطرابات الذهانية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ويمكنها أن تكون ذات شكل فصامي (انظر الحالات الفصامية بعد الولادة ... او ذات شكل مزاجي (غالباً انهيارى) - انظر الحالات الذهانية المزاجية وهذه الحالات نادرة جداً ويجري الجدل حولها عما اذا كانت ذهانات بسبب الولادة أم انها ذهانات كامنة تفجرت بمناسبة الولادة.

٩- اضطرابات العمر:

٩- أ الاضطرابات العقلية المصاحبة للشيخوخة.

أعصبة الشيخوخة

- المظاهر النفسية والجسدية:

تشكل مرحلة الشيخوخة مصدراً هاماً للشدة النفسية إذ يدرك المسن أن حالته الصحية في تراجع (خاصة لدى معاناته من أمراض الشيخوخة). وهذه الوضعية تتسبب له في القلق واضطرابات النوم. ويمكنها أن تعيد تفجير علائم عصابي عرفها في شبابه وأن تولد له أعصبة مميزة. وفي هذه الحالات نركز على ما نقترح تسميته بـ"قلق الموت أثناء النوم". حيث يؤدي هذا القلق الى اضطرابات هامة في نوم المسن (يعوضها من خلال اغفاءات قصيرة أثناء النهار).

٢- ذهانات الشيخوخة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

الذهانات الفصامية: وهي تعرف ميلاً نحو الخمود في سن الشيخوخة. اما الحالات التي تظهر فيها العلائم الفصامية لأول مرة في سن الشيخوخة فإن السير مارتن روث يصنفها في عداد البارافرنيا.

الذهانات المزاجية: وتنقسم الى ذهانات مستمرة عند الشباب وأخرى تظهر في سن متقدمة.

الذهانات العظامية: ويهمننا تحديداً الذهانات العظامية التراجعية (involution) حيث تتبدى مظاهر العظام ولكنها تبقى محصورة في إطار ضيق اذ تكون على علاقة بماضي المريض وتكرياته والاشخاص القريبين منه.

والواقع ان تشخيص ذهانات الشيخوخة يمر بعقبات عديدة. لانه من الصعب تحديد وجود او عدم وجود سوابق ذهانية لدى المسنين. كما ان تحديد وجود التناثرات العضوية (التي يمكنها ان تؤدي الى احداث المظاهر الذهانية) لا يزال أمراً يتعم بالصعوبة (خاصة في الدول النامية). وأخيراً فإن الوضع الجسدي - النفسي العام للمسنين يطرح اشكاليات عديدة تضاف اليها الاشكاليات الاجتماعية (العلاقة بالعائلة والاولاد والترمل... الخ).

٣- مرض الزهايمر Alzheimer.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يستقر خلال أشهر (٨٠٪ من الحالات في عمر ٤٥ - ٦٥ سنة) ويجمع بين عجز ذكروي شامل وانعدام التوجه في المكان واضطراب القدرة على الترميز (عمه فكري، فقد القراءة، تعسر الكتابة). ثم تبدأ بالظهور الاضطرابات الذهنية العميقة التي تعمق الاضطرابات المذكورة أعلاه ويمكن أن تضيف اليها الهيجان.

٤- مرض بيك Pick.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ بين ٥٠ و ٦٠ سنة (لدى النساء خاصة) ويتطور ببطء خلال سنوات (٢-٥ سنوات). وخلال هذه الفترة نلاحظ تغيرات سلوكية عديدة (حركات تكرارية نمطية واضطراب التحليل المنطقي وربما أفعال جنسية - أو غيرها - يعاقب عليها القانون). وبعد استقرار المرض تبتدى أعراض العته المألوفة (اضطرابات إدراكية

وفكرية وسلوكية وانفعالية واضطرابات الشخصية - صفاقة - اضافة الى العلائم العصبية) مضافاً اليها الشفق البذيء وعدم وعي المرض.

٥- العته الوعائي Demence Vasculaire.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبتدئ عادة بعد عمر ٦٠ سنة. ويمكن أن يبدأ بطريقة نفسية عشوائية (هياج، هوس أصغر، نظير الانهيار، خبل... الخ) لو ان يبدأ بعلائم عصبية (نوبات تشنجية). ويصيب في البداية الذاكرة والقدرة على تحديد الزمان ثم يبدو عليه سيلان الانفعالات. وتسجل حُبسة (Aphasie) تتطور بتطور المرض (٢-٣ سنوات لغاية الوفاة).

٦- عنه الشيخوخة Demence Semile.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ عادة بعد سن الـ ٦٥ عاماً. وتكون بدايته تدريجية على صعيد الذاكرة والطباع. ثم تتطور هذه المظاهر ليُضاف اليها اضطرابات النوم والهياج والشغب الليليين واقبال مرضي على الطعام وأحياناً انعدام استقرار الضغط (٢-٨ سنوات لغاية الوفاة).

٧- حالات العته المزيج Demence Mixte.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهي حالات تتظاهر في سن متأخرة وتتمازج فيها الاسباب الوعائية والاسباب التدهورية (تدهور بنى الدماغ الذي يحدث عنه الشيخوخة) وتظهر فيها علائم مزيجية (نفسية وعصبية) للعته الوعائي وعنه الشيخوخة.

٩- (ب) التشخيص التفريقي لحالات العته ونظيرة العته

١- بداية المرض

- نظير العته الهستيرى: فجائية وفي أوضاع نفسية ضاغطة

- نظير العته الانهياري: + فجائية
- العته الوعالي: + فجائية
- عته الشيخوخة تدريجية
- ٢- كيفية التبدي
 - نظير العته الهستيري: سريعة (أيام)
 - نظير العته الانهياري: سريعة (أسابيع)
 - العته الوعالي: بطيئة (شهور)
 - عته الشيخوخة بطيئة (سنين)
- ٣- تطورات المرض
 - نظير العته الهستيري: متغيرة وذات علاقة بالظروف الضاغطة
 - نظير العته الانهياري: مستقرة أو ميالة للتحسن
 - العته الوعالي: تدهور متزايد في منطقة معينة
 - عته الشيخوخة: تدهور عام تدريجي
- ٤- العلائم الانهيارية
 - نظير العته الهستيري: —
 - نظير العته الانهياري: + + +
 - العته الوعالي: + +
 - عته الشيخوخة: +
- ٥- عدم الثبات الانفعالي
 - نظير العته الهستيري: + + +
 - نظير العته الانهياري: +
 - العته الوعالي: + + + +
 - عته الشيخوخة: صفر

٦- علائم عظامية

- نظير العته الهستيرى: —

- نظير العته الانهياري: +

- العته الوعالي: + +

- عته الشيخوخة: + + +

٧- صعوبات التوجيه الزماني و/ او المكاني

- نظير العته الهستيرى: + +

- نظير العته الانهياري: +

- العته الوعالي: + + +

- عته الشيخوخة: + + +

٨- التراجع الذهني

- نظير العته الهستيرى: عشوائي او غير متجانس

- نظير العته الانهياري: متجانس

- العته الوعالي: غير متجانس

- عته الشيخوخة: متجانس

٩- التجاوب للعلاج بمضادات الانهياري.

- نظير العته الهستيرى: —

- نظير العته الانهياري: + + +

- للعته الوعالي: +

- عته الشيخوخة: صفر

١٠- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الاضطرابات الدماغية:

ويمكننا تقسيم الاضطرابات الدماغية المؤثرة في التوازن العقلي على النحو التالي:

أ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأمراض العصبية التراجعية.....

- ب- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات الدماغ.
 ج- الاضطرابات العقلية الناجمة عن رضوض الجمجمة - الدماغ.
 د- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأورام الدماغية.
 هـ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الزهري الدماغى (الخراج).
 و- الاضطرابات العقلية الناجمة عن التهابات الناجمة عن التهابات داخل الجمجمة.

ز- الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض الصرع.

١٠ (أ) الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات الدماغ

١ - التهاب السحايا لدى الأطفال.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يؤدي الى نمو الدماغ بشكل غير طبيعي والى تخلف عقلي من درجة الحمق (حاصل نكاه ٣٥ - ٥٠). ويطل التشوه الى جانب الدماغ الشكل العام للرأس والشفاه والأنثين. ويمكن أن يعاني من نوبات صرعية.

٢ - فقد الدماغ.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويرافق هذا الاضطراب مع تشوهات عضوية - خلقية معقدة وعلى جانب كبير من الخطورة. وهو لا يعيش في العادة. ومن هنا محدودية أهمية هذه الحالة في عيادة الطب العقلي.

٣ - تضخم الدماغ Macrocephalie.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويعود سببه الى تضخم المنطقة النسيجية الضامة وليس العصبية. وهي حالة نادرة بالمقارنة مع التشوهات الدماغية الأخرى. وفيها يمكن لوزن الدماغ ان يصل الى حدود الـ ١٦٠٠ غرام.

٤ - استسقاء الدماغ Hydrocephalie.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وينجم هذه الاستسقاء عن تراكم السوائل داخل الجمجمة. وغالباً ما تعود أسبابه الى اصابات السحايا الدماغية. ونادراً الى ورم دماغي. تختلف الانعكاسات العقلية باختلاف الاصابة للدماغية ومسبباتها.

١٠ (ب) الاضطرابات العقلية الناجمة عن

رضوض الجمجمة - الدماغ

١ - رضة دماغية Comotion.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة فورية مع غيبوبة قصيرة الأمد. تتميز بدخول المصاب في غيبوبة لعدة دقائق تتبع حالة من الخبل. وعلى الصعيد العصبي تلاحظ لدى المريض المظاهر التالية: انعدام الارتكاسات العصبية وانخفاض النشاط الحيوي للعضلات اضافة الى مظاهر نباتية (تعرق حرارة، تسارع النبض، تنفس متحسرج... الخ).

٢ - ارتجاج الدماغ Contusion.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة قوية مع غيبوبة متوسطة الأمد وعلامات مركزية. تتشابه مظاهرها مع سابقتها مع زيادة مدة الغيبوبة (ساعات أو أيام بدلا من دقائق). وتسبقها فترة من الخدر. (بدورها أطول من فترة الخبل في الحالة السابقة). وعلى الصعيد العصبي نلاحظ اضافة لمظاهر الحالة السابقة علامات وجود اصابة دماغية وتحسس السحايا الدماغية.

٣- الخثرة داخل الجمجمة Hematome.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: التعرض للرضة (Comotion) مع فترة كمون وارتفاع الضغط داخل الجمجمة .

تتطور هذه الحالة على ثلاث مراحل : (١) للرضة (٢) فترة الكمون. حيث يمكن ان تغيب العوارض بشكل كلي (لمدة ايام لو اسابيع) ويمكن أن تظهر عوارض بسيطة مثل الصداع والوهن وتباطؤ للذهن (٣) تبدأ علائم ارتفاع الضغط داخل الجمجمة بالظهور. وتبدأ بظهور حالة من الخبل (يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة) ويمكن أن يضاف اليها الهياج أو فقد الارادة والهلوسات والافكار الهذيانة المجزأة.

٤- حالة الخبل عقب الرضبة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة فورية مع التباس الوعي وعدم ترابط الأفكار (مع مقاطع هلاسية ذات طابع نوامي) وصعوبة التوجه في الزمان والمكان وفقدان ذاكرة انتقائي. وتنقسم الحالات الخبلية عقب الرضبة، بحسب سيطرة المظاهر، الى:

- حالة خبلية بسيطة: وتمتاز بهيمنة النعاس وفقد توجه محدود مع عناصر نوامية محدودة.

- الخبل الذهولي: وتمتاز بعدم حراك المريض لو بعدم تفاعله مع المثيرات ويمكنه أن يتصاحب مع مظاهر تخشبية.

- الخبل النوامي: حيث النشاط النوامي المرعب يترافق مع هياج نفسي - حركي والقلق .

- الهذيان الحاد عقب الصدمي: ويتميز عيانياً بسيطرة الافكار الهذيانة غير المنظمة.

وتستطيع هذه الحالات الخبلية أن تكون لفترات تتراوح بين الدقائق والشهور.

٥- الاضطرابات التذكيرية عقب الصدمة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

الاضطرابات التذكيرية التقدمية: وفيها يمتد فقدان الذاكرة خلال فترة ما بعد الرضة ويشمل فترة الغيبوبة والخبل الذي يعقبها كما يشمل فترة يبدو فيها المريض واعياً في حين انه يكون فعلياً معانياً لاضطراب الذاكرة.

الاضطرابات التذكيرية الرجعية: ويطل فيها فقدان الذاكرة الفترة الفاصلة بين آخر الذكريات الواضحة السابقة للصدمة وبين للصدمة نفسها.

٦- تناثر كورساكوف عقب الصدمة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

- عناصر التشخيص: وجود رضة قريبة العهد واضطرابات الذاكرة واضطراب للتوجه في الزمان والمكان والشمق.

يضيف كورساكوف عارض اضطراب التوجه في الزمان والمكان (المتراقق مع الشمق والسيلان الكلامي) الى العوارض الثلاث التي تشكل مثلث كرابلين (فقدان القدرة على الحفظ وفقدان الذاكرة الانتقائي المؤدي الى هذيان الاراجيف Confabulation والتعرف الخاطئ على الاشياء لتعويض النقوب التذكيرية).

ويمكن لهذا التناثر ان يظهر عقب الخروج من حالات الخبل عقب الصدمة. ويتطور هذا التناثر نحو الشفاء الا في حال تأخر ظهوره وتطوره المزمّن وعندها يؤدي الى التلف العقلي.

٧- ردة الفعل عقب الصدمة

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتظاهر من خلال الوهن النفسي والجسدي وعدم ثبات الحالة الوجدانية وزيادة الاحاسيس الذاتية والقلق العارم والارق والاحلام المزعجة والمفرعة. وهذه الظواهر يمكنها ان تدوم لبضعة اسابيع ويمكنها ان تأتي عقب حالات الخبل. ويمكن لهذه

للحالة ان تتعقد مع الوقت ليظهر على اساسها عصب الوسواس ورهاب الموت.

٨- الوهن الدماغى عقب الصدمى Cerebrasthenie P.T.

- المظاهر النفسية والجسدية:

أو التناذر الذاتى المشترك (Subjectif Commun). وعناصره التشخيصية هي التالية: الرضة وتناذر الوهن (نوراستنيا). وهي حالة نفسية تكوم من بضعة اسابيع لغاية سنتين. وهو يبدأ اما مباشرة عقب الخروج من حالة الخبل او بعدها ببضعة اسابيع. ومن أهم مظاهر المرضية نذكر: الصداع (يظهر فجأة او بعد الارهاق النفسى والجسدى او حركات الرأس السريعة) والدوار (عقب حركة رأس سريعة) واضطرابات النوم واضطرابات عصبية نباتية وتضخم الاحساس بالذات اضافة الى الاضطرابات الوجدانية (قلق وعدائية وانفعال سريع... الخ). وأخيراً انخفاض الرغبة الجنسية. كما يظهر الفحص العصبى زيادة الارتكاسات وارتجاف الاطراف.

٩- مرض دماغ الملاك Punch - Drunk.

ويتميز بحالة خبلية خفيفة وانخفاض مهم في الذاكرة والانتباه تؤدي بدورها الى موجات من الغضب. وهذه العوارض تندعم وتقوى خلال العام الاول على ظهور المرض ليعقب ذلك فترة استقرار العوارض ثم يظهر المرض بمظاهر شبيهة بمظاهر الشلل الرعاشي (مرض باركنسون) ويضاف اليها تناذر عتبي.

١٠- الصرع عقب الرضوض.

- المظاهر النفسية والجسدية:

غالباً ما يكون هذا الصرع من نوع جاكسون. وتظهر أولى النوبات بعد ٦ أشهر الى سنتين عقب الرضة. ويمكنها ان تتأخر الى خمس سنوات كحد أقصى. وخلال الفترة الفاصلة بين النوبات نلاحظ لدى المريض هالمية الافكار وقد الارادة (الدوافع) واللامبالاة والنزق.

١١ - التلف العقلي Deterioration mentale.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: الرضى وضعف الذاكرة بالنسبة للحوادث الجديدة وتباطؤ التفكير وانخفاض القدرة على التجريد والتعميم وقرر الوجدان. ويظهر الفحص النفسي انخفاض القدرة التذكرية وانخفاض القدرة على الانتباه والتركيز وبطء التفكير والتراوح المزاجي والانفجارات الانفعالية مع حفاظه الى منطلقات تعدد التفكير.

١٢ - العته عقب الصدمي Demence Post - Traumatique.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: الرضة والضعف الذهني وفقد الدوافع او الشغق والتطور البطيء وعلائم العته المعروفة. بعد تراجع المظاهر المشتركة للصدمة تبدأ بالظهور وبشكل تدريجي (مع أو بدون فترة كمون) علائم العته. ومن خلال الفحص النفسي نستطيع تحديد العلائم التالية: قصور نكروي هام (خاصة لجهة القدرة على الحفظ) مع قصور الانتباه (خاصة الانتباه القوري) وتباطؤ التفكير واضطراب التوجه في الزمان والمكان. ويكون المريض واعياً لهذه التغيرات الذهنية ويصبح نزقاً وغير ودود. ثم يبدأ استقرار حالة العته خلال سنوات.

١٣ - الزهايمر عقب الصدمي.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يختلف الباحثون في تفسيرهم لحالات الزهايمر المتبدية عقب رضوض الجمجمة - الدماغ. فيردها بعضهم الى وجود استعداد سابق للاصابة بالزهايمر مع اثر الرضة في تفجيرها. في حين يعتقد بعضهم ان ظهور الزهايمر عقب الرضة هو مجرد مصادفة. ومن الذهانات التي لوحظ ظهورها عقب الرضوض تذكر الفصام والهذيان المزمن

المنظم والذهانات المزاجية. اما ردود الفعل الذهانية فهي تظهر عقب الرضوض بكثافة تمنعنا من قبول ردها الى مبدأ المصادفة.

١٤ - العصاب عقب الرضوض الدماغية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهو أكثر الآثار حدوثاً لدى المتعرضين للرضوض الجممية - الدماغية. ويختلف هذا العصاب في حدته وفي ديمومته من حالة الى أخرى وأليته بحتة. ويمكننا أن نجد في هذه الحالات خليطاً من المظاهر العصابية: القلق والانهيار والنزق والرهاب والوساوس المرضية والشكاوى الجسدية... الخ.

١٠ (ج) - الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأورام الدماغية.

١ - ارتفاع الضغط داخل الجمجمة:

المظاهر النفسية والجسدية: في البداية تظهر علامته بشكل عابر لتعود وتستقر وتصبح دائمة بعد فترة من الوقت. ثم تتطور لتؤدي الى الغيبوبة والموت. وهذه المظاهر هي:

- على الصعيد الجسدي: الصداع والغثيان والقيء وتورم الحلمية Papile وتباطؤ النبض والتنفس اضافة الى النوبات الاختلاجية المعمة.

- على الصعيد النفسي: الخبل العقلي وعسر التذكر. ويكون هذا الخبل من نوع باروك (Baruk) وهو يطال الوعي اليقظ وإيقاع التفكير دون أن يطال القوى الذهنية الأساسية. أما عسر التذكر فهو يصيب ٣٠٪ من الحالات ويمكنه أن يتطور لدى الشيوخ نحو تناذر كورساكوف.

٢ - الورم الدماغى غير المتمركز:

المظاهر النفسية والجسدية: تتطور مظاهر هذا الورم نحو الخطورة بصورة تدريجية. وتشهد هذه المظاهر تراوحاً كبيراً (أحياناً تشتد وتخف في اليوم نفسه). وتقسم الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذه الحالة الى:

١- دائمة: وفيها يتضيق حقل الوعي (٣٠٪ من الحالات) الذي يزداد مع تطور الورم وحالة فقد الودية المصاحبة بالنزق والتراوح الانفعالي والانخفاض التدريجي للقوى الذهنية (التجريد والتحليل والتركيب وبطء التفكير وضعف الربط الفكري... الخ) وأحياناً الهذيان.

٢- عشوائية: وتتبدى على شكل نوبات وهي ذات علاقة بالاضطرابات النفسية الدائمة وغالباً ما توحى بتحديد المنطقة الدماغية المتأثرة بالورم. ومن هذه المظاهر العشوائية نذكر: (١) النوبات الهلوسية (بصرية، سمعية، شمعية)، غالباً ما تتخذ شكل الهالة وتكون معادلة لنوبة اختلاجية. و(٢) اضطرابات الوعي العشوائية (نوبات نقوسية أو غيبية شبه صرعية) و(٣) حالة خبلية يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة و(٤) نوبات اختلاجية ثانوية.

٣- لدى تطور الحالة تشتد هذه المظاهر ويضاف إليها عوارض ارتفاع الضغط داخل الجمجمة.

٣- ورم الفص الجبهوي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام (راجع الفقرة السابقة) مع حالة مزاجية خاصة- شفق مصطنع Morie واضطرابات عصبية مميزة لاصابة الفص الجبهوي.

الاضطرابات النفسية الدائمة: وهي تتجلى بحالة من فقد الإرادة والودية تمازجها حالة من الشفق المفتعل مع الميل الى التعليقات الفكاهية ذات الطابع الإباحي وذلك مع أو بدون ظهور فترات الارادة والودية.

الاضطرابات العصبية: ومن أهمها نذكر الشلل (على أنواعه) واضطراب الارتكاسات العصبية وانعدام تأزر القدرات العقلية والحركية المتمركزة في الفص الجبهوي.

٤- ورم الفص الصدغي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للكورام مع هلاوس ونوبات تقوسية والاضطرابات العصبية المميزة لإصابة الفص الصدغي.

الاضطرابات النفسية العشوائية: وهي مميزة لهذا الورم وهي تظهر عادة في اطار الصرع الصدغي (المرافق لهذه الأورام) أما على شكل هالة صرعية و/ أو على شكل معادلته من نوبات نفسية- حسية تتجلى بشكل هلاوس بصرية، سمعية، شمعية، نوقية، أو دهليزية. وتمتاز الهلوسات البصرية، في هذه الحالة، بحركيتها وتعقدها وشموليتها وبإسقاطها في الحقل البصري الدماغي المعاكس لمكان الورم. ويضاف اليها هلوسات بصرية بعكس مكان الورم. كما تترافق هذه الاضطرابات بحركات تكرارية- نمطية تظهر على أرضية خيلية وأحياناً تصالف هلوسات ذات طبيعة نوامية. كما تلاحظ نوبات حركية على شكل آلية صغيرة (مثل تمثيل حركات العلك والبلع.... الخ) وأيضاً تظهر اضطرابات الوعي (خاصة النوبة التقوسية واضطرابات الذاكرة من نوع المألوفات المنسية ولوهم سبق الرؤية).

الاضطرابات العصبية: ومنها النوبات العصبية- النباتية (آلام المعدة والبطن واضطرابات التنفس والاضطرابات الشريانية- الوظيفية).

ويمتاز ورم الفص الصدغي بنوباته الهلوسية (اليمنية أو البسارية- عكس مكان الورم) وبالاضطرابات العصبية من نوع الحُبسة الحسية.

٥- ورم الفص الجداري :

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للكورام واضطراب صورة الجسد.

الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للكورام عامة.

الاضطرابات العصبية: وتتميز خاصة باضطراب صورة الجسد المتبدى من خلال تناثر غرتشمان (عمه الاحساس بالأصابع والاحساسية وتعسر الكتابة واضطراب التوجه في المكان الجهتي اليمين واليسار) وتناثر انطوان باينسكى (فقد الإحساس بأعضاء نصف الجسد معمه العامة وعمه مرافق للشلل النصفي) . كما تمكن مصادفة اضطرابات عصبية من نوع فقد التلمس وعمه وانخفاض الإحساس النصفي العميق والتلمسي) واضطرابات حركية من نوع شلل الأطراف النصفي أو الشلل النصفي ووهن العضلات والعمه الحركي (في حال هيمنة الورم على أحد جانبي الدماغ).

٦- ورم الفص القذالي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام مع هلوسات بصرية واضطرابات الحقل البصري.

الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للأورام عامة. الاضطرابات النفسية العشوائية: هلوسات بصرية غير مركبة (بسيطة) وتكرارية يمكنها أن تسبق النوبات الاختلاجية.

الاضطرابات العصبية: وتتعلق خاصة بمحلل البصر الدماغى وتتبدى ب:-
العمه البصري والعمى اللحائي (نادرة) وهلوسات بصرية أحادية الجانب (على اليمين أو على اليسار) - على الجانب المعاكس لمكان الإصابة.

٧- ورم الجسم الثقني:

المظاهر النفسية والجسدية: يضاف الى الاضطرابات النفسية المرافقة عامة للأورام اضطراب مميز هو اللانتهاء Aproxie.

٨- ورم قاعدة الدماغ:

المظاهر النفسية والجسدية: لا توجد له علام مميزة عن تلك المعروضة في بند الورم الدماغى غير المتمركز.

١٠ (د) - الاضطرابات العقلية الناجمة عن الزهري الدماغي

١ - مرحلة البداية:

المظاهر الجسدية: ظهور غرنة (قرحة) السفلس (بعد ٢-١٣ أسبوعاً على انتقال العدوى) وتكون عادة في المناطق التناسلية ويكون لونها بلون اللحم البقري.
المظاهر النفسية: نوبات قلقية وردود فعل انهيارية تراقبها أحياناً أفكار انتحارية.
ويصف العالم فورينه بعض حالات الإقدام على الانتحار. (ولكن وجود العلاجات الملائمة بات يحد من هذه المظاهر وهي انتقلت الآن إلى مرضى الإيدز).

٢ - المرحلة الثانية:

المظاهر الجسدية: وهذه المرحلة والمراحل التي تليها لا تظهر في حال علاج المرض الحاسم في مرحلة البداية. وهي تظهر إما في حالات إهمال العلاج أو في حالات الخطأ العلاجي. وهي تتظاهر جسدياً بمظاهر الالتهاب التسممي.

المظاهر النفسية: تتبدى على المريض مظاهر ذهان الالتهاب التسممي Psychose Toxicoinfectieuse حيث نلاحظ مظاهر خبلية (على درجات متفاوتة من الحدة) وحالات انهيارية (نادراً هياج هوسي). كما يمكن للخبل أن يأخذ مظهراً نوامياً وصولاً إلى التظاهرات الهلوسية.

٣ - المرحلة الثالثة:

المظاهر النفسية والجسدية: وتسمى بالمرحلة الوعائية - السحائية لأن التهاب السفلس يصل فيها إلى السحايا الدماغية فيؤدي إلى اختلال عقلي تدريجي وإلى ظهور المظاهر العصبية المشتركة بين التغيرات العضوية - النفسية فيحقق بذلك حالات خبلية - عتية مختلفة مثل:

(١) تناذر كورساكوف الزهري

(٢) النسيات (Amnesies)

- (٣) العلام للخاصة بتركز الإصابة في منطقة دماغية معينة (مثل الصرع من نوع جاكسون والهلوسات البصرية اليمينية أو اليسارية... الخ)
- (٤) الأشكال الهذيانة- الهلوسة (عظامية الطابع وشبيهة بالفصام
- (٥) أشكال الهذيان - النوم مع هياج وذبول وفي هذه الحالات يمكن حدوث الحوادث الدماغية المميّة.

٤- مرحلة السُّهَام Tabes :

المظاهر النفسية والجسدية: وهي مرحلة تطور الإصابة الزهرية على الصعيد العصبي. إذ تتعدى الإصابة السحايا الدماغية لتبلغ جذور الأعصاب الخلفية وتتسبب بالتهابها. ويحتفظ المريض عادة بقواه الذهنية. ولكن في بعض الحالات يمكن لهذه المرحلة أن تترافق مع اضطرابات نفسية عديدة مثل الميل الانهيارية ونوبات القلق والذمات الهذيانة المزمنة.

٥- مرحلة الشلل العام:

- المظاهر النفسية والجسدية: الى جانب الشلل العام تتجلى، في هذه المرحلة، مظاهر نفسية متشعبة ومختلفة يمكننا تصنيفها وفق مراحل تطورها الثلاث وهي:
- ١- مرحلة بداية الشلل العام: وفيها يمكن تصنيف الاضطرابات في إحدى الفئات التالية: العيائية (Neurastenie) والصفاقة (Psychopathie) والذهانية.
- ٢- مرحلة الاستقرار: وفيها تراجع الفعالية الإدراكية (انتباه، ذاكرة، اتصال تركيز) واضطراب الإيماء والقدرة على التعبير والكتابة. كما نلاحظ تراجع القدرة على التحليل العقلائي واضطرابات التحكم بالفرائز والعواطف.
- ٣- المرحلة النهائية: وفيها تكتمل مظاهر العته وتتبدى تطورات الشلل العام فيفقد المريض القدرة على الحركة وعلى التحكم ببوله وبرازه... الخ.

١٠ (هـ) الاضطرابات العقلية الناجمة عن الالتهابات داخل الجمجمة.

١ - التهاب السحايا البكتيري Meningite Purulente.

المظاهر النفسية والجسدية: وهو من التقييدات المحتملة لبعض الالتهابات البكتيرية (المكورات الرئوية والسحائية والعنقوديات وعصويات العسل وإيبرت والمتقبلة والأشركية القولونية). والتقييدات النفسية لهذا المرض تكون خطيرة (خاصة في التهابات المكورات السحائية والرئوية والتهاب العسل). ويبدأ المرض بعلائم الالتهاب التسمي المتصاحب مع علائم إصابة السحايا وتتبدى علائمه في السائل الشوكي وفي تخطط الدماغ. ولا تلبث هذه العلائم أن تتراجع بعد العلاج. ولكن هذا المرض يخلف عقابيل عصبية ونفسية على درجة من الخطورة.

٢ - التهاب السحايا الفيروسي:

المظاهر النفسية والجسدية: وينجم عن بعض الإصابات الفيروسية. وعلائمه النفسية أقل حدة وخطورة من سابقه وغالبا ما تتظاهر بحالات النعاس ودغش الوعي (Obnubulation) أو تناثر عياء مقرون بعلائم عصبية لإصابة السحايا. وهو لا يترك عقابيل نفسية أو عصبية هامة.

٣ - التهاب الدماغ الوبائي Encephalirw Epidemique:

المظاهر النفسية والجسدية: وهو نادر وله شكلان عياديان:

١ - عيني وسني: مع نوم مفرط يدوم بضعة أسابيع.

٢ - رمع عضلي مؤلم (Algomyoclonie): مع أوجاع حادة، في الذراعين وفي مؤخرة الرأس/ مترافقة مع تشنجات مميزة.

الاضطرابات النفسية: هي اضطرابات ذهانية الطابع (جمود عضلي، هذيان، حالات حلمية، هلوسات بصرية، فقدان الإيمان).

الاضطرابات العصبية: شلل، خزل (Parese) انسدال الجفن، خزل القدرة على تكيف الرؤية وأداء (Nystagmus)... الخ غياب الارتكاس البصري- الحركي. بعد بضعة أسابيع تتراجع هذه المظاهر مخلفة تناثر باركنسون أو تناثر الوهن الدماغي.

٤- التهاب ببيضاء الدماغ ما تحت الحاد - Leucoencephalite Sous aigue: أو مرض (Van Bogaret).

المظاهر النفسية والجسدية: وهو التهاب خطر ينتهي غالباً بالموت ويمر في ثلاث مراحل:

١- تغيرات سلوكية (اللامبالاة وفقدان الودية) مترافقة مع نوبات حركية بسيطة ولا حركية.

٢- تدهور عقلي تدريجي يتبدى بمظهر عتحي مع خرس وصعوبات في البلغ وحركات رمعية (تشنجات عضلية لا ارادية) وحركات زفنية (Choreeiforme).

٣- المرحلة الأخيرة وتتميز بالذهول والجمود الشللي (تظهر موجات - Rader Macker - تشبه البنايات في شارع- في تخطيط الدماغ).

٥- التهابات الدماغ الثانوية Encephalits Secondaires:

* التهاب الدماغ عقب اللقاح:

المظاهر النفسية والجسدية: ويظهر غالباً عقب تناول لقاح الجدري وهو أقل ظهوراً عقب لقاحات الكلب والسعال الديكي. ويظهر بعد ٩-١٢ يوماً من اللقاح. ويبدأ فجأة بعلائم التهابية خطيرة (حرارة، استقراغ، صداع) إضافة الى علائم إصابة السحايا. وعلى الصعيد النفسي يظهر النعاس والخبل وعلائم خارج هرمية وشلل.

* التهاب الدماغ الثانوي للقاح جدري الماء (نفس العلائم السابقة).

* التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحمى الإلمانية (نفس العلائم السابقة).

* التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحصبة (نفس العلائم السابقة).

٦- التقنيات الدماغية:

- * التهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebite): ويرتبط ظهوره بالتهاب عام أو في منطقة قريبة من الوريد. وتختلف مظاهره العصبية باختلاف المنطقة التي يقع فيها. وتتبدى بعلائم التهابية خطيرة وباضطرابات على صعيد الوعي.
- * الخراج الدماغى: يشبه في التصوير الأورام وتختلف مظاهره باختلاف مكان وجوده. وعلائمه تشبه علائم سابقة ولكنها تختلف من حيث تطوراتها التي تصل الى حدود الغيبوبة.

١٠ (و) الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض الصرع.

تحدد الدراسات علائم مميزة لسلوك المصابين بالصرع. وتعتبرها بمنزلة اضطرابات الشخصية المصاحبة للصرع. وهذه الاضطرابات تختلف في حدوثها باختلاف الحالة وبإختلاف مدى أزمان المرض وقابلية البؤرة الصرعية للامتداد. وفيما يلي نعرض باختصار لعلائم اضطرابات الشخصية لدى مريض الصرع:

ميل خاص نحو الملموس (concret) وقابلية (تبلغ حدود الغناد) للاصرار على تحقيق رغباته وركود التفكير وتوجهه نحو فكرة معينة مع لزوجة التفكير (انخفاض القدرة على التفكير التلقائي).
عدم الثبات الانفعالي المبالغ. بحيث ينتقل المريض من حالة الجبور الى الاكتئاب بسرعة وبدون مبرر. وكذلك فإنه يكون عرضة لنوبات نزوية كثيرة.

بسبب تكرار النوبات (وبحسب حدوثها) يفقد المريض تدريجياً قدرته على التكيف الحسي والحركي (يتباطأ هذا التكيف). مع ميل للقيام بحركات تلقائية لا معنى لها (هي في رأي البعض نتيجة للخلل الدماغى).

يربط البعض بين ظهور النوبة الصرعية وبين حاجة المريض للتخلص من ضغوطات يتعرض لها.

يرتبط ظهور بعض النوبات بإثارات محددة. كمثّل ظهورها عقب حالة انفعالية معينة أو عقب إثارة بصرية أو سمعية أو لمسية (وتسمى هذه الحالات بالصرع الارتكاسي).

إن العلاقة بين الصرع وبين العصاب الهيبتييري هي علاقة تقتضي التحري والانتباه لدى بعض المرضى حيث يبدو أن الانتقالات يمكنها أن تفرغ لديهم وفق وسيلتين: الصرع والنوبة الهيبتييرية.

العلام النفسية المتبدية خلال مراحل النوبة: وتختلف من حالة لأخرى ومنها نذكر: اضطرابات الذاكرة والحالة الحلمية وذكريات عشوائية والنوبات التفكيرية والنزوية- الغريزية والنوبات النفسية- الإحساسية.

الفصل السابع

الاختبارات النفسية

- ١ - تصنيف الاختبارات
- ٢ - اختبار انتقاء القيم
- ٣ - اختبار الانهيار للقلق (DE - AN)
- ٤ - اختبار إكمال الجمل
- ٥ - اختبار الميول - النفسية المرضية (W. M)
- ٦ - مثل تطبيقي لاختبارات الـ TAT
- ٧ - اختبار الانهيار المقنع
- ٨ - اختبار الخيال

يعرف العالم Pichot (١) الاختبارات النفسية على أنها مجموعة مواقف تجريبية موحدة ، تستخدم كمثير (أو مهيج) للسلوك . هذا السلوك الذي يجرى تقييمه بالمقارنة الاحصائية مع بقية أنماط السلوك التي انتهجها باقي المفحوصين لدى تعريضهم للمواقف ذاتها .

هذا ويتفق الباحثون على ضرورة توافر شروط معينة تؤمن تطبيق الرائد بشكل مثالي . وهذه الشروط هي :

- ١ - توحيد المواقف التي يحويها الرائد (التعليمات، تسلسل المواقف ومنتها) .
- ٢ - تسجيل الإجابات بكل دقة وموضوعية .
- ٣ - التقييم الاحصائي للسلوك .
- ٤ - تصنيف الاجابات في مجموعات معتمدة كمراجع .

تصنيف الاختبارات النفسية :

إن تصنيف هذه الاختبارات هو من الصعوبة بمكان . فهذه الاختبارات أصبحت تعد بالآلاف . ولو صح القول فإن لكل فاحص نفسي رائده الخاص به أو على الأقل فإن لكل فاحص طريقته الخاصة في علاج نتائج الاختبار وفي وضع التشخيص الذي توحى به هذه النتائج .

بناء على هذه المعطيات اتفق على تقسيم الاختبارات النفسية إلى ثلاث مجموعات هي :

- أ - إختبارات (أو روايز) الشخصية .
- ب - الاختبارات الإسقاطية (Tests Projectives) .
- ج - إختبارات الفعالية .

١ - Pichot , P. " La Personalite " Ed. Dacosta Paris 1973 .

أ - اختبارات الشخصية :

تختلف هذه الاختبارات في تقنياتها وفي طرق تطبيقها . كما تختلف أيضاً باختلاف نظريات الشخصية (٢) . ومن هنا ينبع هذا التباين ، الذي سنلاحظه لاحقاً بين هذه الاختبارات . التي سنعرض لأهمها .

١ - اختبار إيزنك (Eysenck) : ويتألف هذا الاختبار من ٥٧ سؤالاً موزعاً لتحديد ثلاثة عوامل : (١) الانفتاح - الانغلاق الاجتماعي ، (٢) العصاب ، (٣) الكذب .

٢ - اختبار كاتيل (Cattel) : ويحتوي على أربعين سؤالاً (موقفاً) وعلى المفحوص أن يتلقى إجابة واحدة من ثلاث إجابات مقترحة . وهذا الاختبار يطبق على من تعدوا سن الـ ١٤ - ١٥ عاماً .

ومن شأن هذا الاختبار أن يساعدنا في تحديد عاملين مهمين هما :

أ - التمييز بين القلق الظاهر والقلق المستتر .

ب - تحديد عوامل الشخصية المسؤولة عن إصابة المفحوص بالقلق .

٣ - اختبار Minnesota أو المتعدد المراحل : وهو من ضروريات علم النفس العيادي . إذ يساعد الفاحص على تقييم عوامل شخصية المفحوص بشكل دقيق . وكذلك فهو يساعد الفاحص على تبيين المظاهر الدالة على اضطراب شخصية المفحوص .

ويحتوي هذا الاختبار على ٥٥٠ جملة متضمنة إشارات إلى مختلف الميادين بدءاً بالصحة الجسدية مروراً بالمواقف الأخلاقية وصولاً إلى السلوك الاجتماعي

٢ - راجع نظريات الشخصية في هذا الكتاب .

للمفحوص . ويطلب من المفحوص تصنيف إجاباته في ثلاثة خانات هي : (١) صح،
(٢) خطأ ، (٣) لا أعلم .

ووفق إجابات المفحوص يتم تصنيفه في واحد من المجموعات التسعة العيادية
التالية :

(Hs) Hypochondria	١ - هاجس المرض
(H) DéPression	٢ - الإثنيار
(Hy) Hystérie	٣ - الهستيريا
(Pd) Déviation Psychopath	٤ - تحول نفسي - مرضي
(Hf) Intérrêt	٥ - الربحي
(Pa) Paranoïque	٦ - العظامي
(pt) Psychasthénique	٧ - البسيكاستانيا
(Sc) Schisophrénique	٨ - الفصامي
(Ma) Hypomanie	٩ - منخفض القدرة الهوامية

٤ - اختبار الميول المرضية - النفسية أو اختبار (V/oodwrth-
(Mathwes) : (سنعرض لاحقاً هذا الاختبار كاملاً كمثال تطبيقي في نهاية
الفصل) .

ب - الاختبارات الاسقاطية :

يهدف استعمال الطرق الاسقاطية للفحص النفسي إلى التعرف على شخصية
المفحوص بوصفها كلا متكامل . أي دون تجزئ هذه الشخصية إلى مكوناتها .
وتتلخص الطرق الاسقاطية بمواجهة المفحوص بمجموعة من المواقف غير المحددة
(غير واضحة) . بحيث تكون إجاباته انعكاساً لميوله العميقة ولكن أيضاً للبنية العامة
لشخصيته .

وهذه الاختبارات تستدعي بديهية المفحوص وسرعة تصرفه . وهي بهذا تعطي المفحوص حرية أكبر من بقية الاختبارات .

وإذا أردنا تصنيف الاختبارات الاسقاطية فهي تأتي كالتالي :

١ - الاختبار الترابطية (Associatives) مثل اختبار رورشاخ واختبار شترن (Stern) .

٢ - الاختبارات البنائية وهي اختبارات الـ T.A. T والـ MAPST .

٣ - اختبارات إتمام الجمل أو الصور أو الحكايات. (وسنطى عليها مثلاً تطبيقاً فى نهاية الفصل) .

٤ - اختبارات الإنتقاء وأهمها إختبار سوندي .

٥ - الاختبارات التعبيرية ومنها إختبار كوخ (Koch) أو رسم الشجرة واختبار رسم العائلة .

ونحاول الآن أن نعطي فكرة عن هذه الاختبارات من خلال شرح ملخص لمبادئها ونبدأ بـ :

أ - اختبار رورشاخ (٣) : إن هذا الإختبار هو أشهر الاختبارات الاسقاطية للبالغين على الإطلاق وهو بالتالي أكثرها استعمالاً وخاصة فى الطب النفسى للبالغين .

وهذا الاختبار مكون من عشرة لوحات تمثل صوراً غير محددة المعالم (أنظر الصور) سوداء أو ملونة . ولكنها جميعاً متوازية بالنسبة لخط يمر فى وسطها .

٣ - للتعمق فى هذا الموضوع انظر ملف الحد السلس عشر من مجلة الثقافة النفسية وهو مخصص لشرح المنطلقات النظرية لهذا الاختبار وتطبيقاته .

وهذا الاختبار يطلب من المفحوص أن يحلل الصورة ملعناً عما يراه هو شخصياً في هذه الصورة. وكل جواب يعطيه المفحوص يُصنف من قبل الفاحص وفق ثلاثة معايير هي : (١) طريقة فهم المفحوص للصورة، (٢) محتوى تفسيره للصورة، (٣) العامل المحدد للصورة . مثل عن اختبار الشخصية (رورزشا) حيث يتوجب على المفحوص أن يقول لنا ماذا يرى في هذه الصورة غير المكتملة والملونة (تلعب الألوان دوراً إيحائياً مهماً) .



على المفحوص أن يخبرنا عما يراه في هذه الصورة .

ب - اختبار الـ T. A. T أو اختبار تفهم الموضوع Thematique Aperception : يتكون هذا الاختبار من ثلاثين صورة أبيض وأسود تمثل أشخاصاً يقومون بنشاط ما ، في مواقف ولواضع ، غير واضحة ، على درجة عالية من الغموض وإمكانية الالتباس . وتتمحور فكرة الاختبار حول قدرة المفحوص على تمييز وتعريف بطل الحكاية التي يخترعها لكل صورة .

على أننا سنعطي مثالا تطبيقياً لهذا الاختبار في نهاية هذا الفصل

ج - إختبار روزنزفايج (Rosenzweig) : وهو كناية عن إختبار ردة فعل المفحوص أمام المواقف الصراعية . والاختبار مكون من ٢٤ لوحة تمثل كل منهما شخصين في موقف من المواقف الإحباطية .

د - إختبار سوندي (Szondi) : يهدف هذا الاختبار إلى فحص أعماق الشخصية الطبيعية كانت أو مرضية . ويطلق هذا الاختبار أهمية قصوى على اكتشاف تأثير الصراعات على تصرفات المفحوص، وعلى فحوى هذه التصرفات (المبول المكبوتة لدى المريض) ، وأخيراً يهدف الاختبار إلى التعرف على الدينامية النفسية العميقة للمفحوص .

تتمثل أدوات هذا الاختبار بست مجموعات تتألف كل منها من ثماني صور تمثل مرضى عقليين . يعرضها الفاحص تباعاً طالباً من المفحوص إنتقاء صورتين تعجبانه من كل مجموعة إضافة إلى صورتين تسييان له النفور .

من خلال هذا الإنتقاء يفترض واضع الاختبار أنه بالإمكان دراسة شخصية المفحوص. وذلك إنطلاقاً من فكرة أن الصور المحببة للمفحوص إنما تمثل أنه لأنها تحوى العوامل الغريزية المنسجمة مع ميوله الحالية . فهي إذاً منسجمة مع أنه أما الصور المنفرة أو المثيرة لاشمئزاز المفحوص فهي تعكس الواجبات والالتزامات التي يرفضها المفحوص .

وهكذا فإن من شأن هذا الانتقاء أن يحدد ميول وعلائم شخصية المريض .

هـ - إختبار لوشر (Luscher) : ويتلخص بأن نقدم للمفحوص ثماني أوراق ملونة طالين منه تصنيفها وفق تفضيله للألوان . وقد أثبتت بعض الأبحاث أن هنالك علاقة بين تفضيل أو رفض لون معين وبين بعض الأمراض النفسية . إلا أن هذا الاختبار يبقى بعيداً عن التطبيق في مجال الطب النفسي .

ج - إختبارات الفعالية :

أو إختبار العمليات الإدراكية : وكما يوحي اسمها فإنها تقيس بعداً واحداً من أبعاد الشخصية كالذاكرة أو الانتباه أو التفكير ... الخ وتقسم هذه الإختبارات إلى :

١ - إختبارات الانتباه ومنها : إختبار بوردون Bourdon، إختبار تولور -

بيروني Toulouse-Piéron

٢ - إختبارات الذاكرة ومنها : جيل R. Gille ، وكسلر D. Wechsler ،

بينيه A. Binet

٣ - إختبارات المستوى الذهني ومنها : إختبار وكسلر Wechsler و

W.I.S.C. و W. A. I. S. وإختبار رافن Raven وإختبار غولدشتاين شيرير

Goldstein - Scheerer ... الخ .

ونكتفى بهذا القدر من الكلام عن إختبارات الفعالية . ففي ميادين عالم النفس لا يمكننا أن نفصل دراسة عامل من عوامل الشخصية عن بقية هذه العوامل . فنحن مثلاً لا نستطيع أن نفصل الذاكرة عن الذكاء أو عن الانتباه أو عن الخيال ... الخ .

فيما يلي نورد أمثلة تطبيقية على بعض هذه الإختبارات .

د - أمثلة تطبيقية :

بعد عرضنا لمختلف أنواع الإختبارات النفسية وإعطائنا لبعض الأمثلة عليها فإننا سنعرض الآن أمثلة تطبيقية لكل مجموعة . متوخين إختيار الروايز الأسهل تطبيقاً والأفضل مردوداً عيانياً . وفي هذا السبيل فقد اخترنا الإختبارات التالية :

١ - إختبار إنتقاء القيم .

٢ - إختبار (DE - AN) .

٣ - إختبار إكمال الجمل .

٤ - إختبار الميول المرضية النفسية (W. M) .

٥ - مثل تطبيقي على اختبار الـ (T. A. T) .

٦ - اختبار الانهيار المقنع .

٧ - اختبار القدرة التخيلية (الخيال) .

١ - اختبار إنتقاء القيم :

وهذا الاختبار هو أكثر الاختبارات إستعمالاً في ميدان الطب النفسي . وذلك نظراً لبساطته ، وسهولة تطبيقه وكذلك سهولة استخلاص نتائج بعد قيام الفاحص بإجراء فحصه العيادي . . .

وهذا الاختبار كناية عن مجموعة من الأوراق (٣٥ ورقة) مثل أوراق اللعب . كتبت على كل ورقة منه كلمة ذات مغزى فكري - وجدائي مثل : طعام ، جبال ، أولاد، حياة، غابات، دراهم، سيارة، عائلة، ثروة، أزهار، أغنية، موت، متحف، هدوء، طبيعة، طفولة، موسيقى، بحر، صداقة، مسافرين، مسرح، نبيذ، حلويات، سينما، ربيع، فقير... الخ.

يُطلب من المفحوص أن يقرأ أولاً كل الكلمات المكتوبة على الأوراق. وبعدها يجب على المفحوص أن ينتقى خمسة أوراق (من الـ ٣٥) ويقدمه الفاحص. ويعيد الكرة مرتين آخرين بحيث يعطى الفاحص ١٥ ورقة.

في غضون ذلك على الفاحص أن يراقب بحذر جميع حركات وكلمات المفحوص .

ومن أجل استخلاص النتائج من خلال هذا الاختبار الاسقاطي، كما نلاحظ، على الفاحص أن يعرف بأن المفحوص المنفتح اجتماعياً ينتقى الكلمات الملائمة لهذا الوضع مثل : صداقة، مسرح، ربيع ... الخ. في حين أن المنغلق اجتماعياً ينتقى كلمات مثل : هدوء، طبيعة ، جبال، غابات... الخ. على أنه في بعض الحالات المتقدمة للانغلاق الاجتماعي مثل الميل للعزلة المرافق لحالات الانهيار فان

المفحوص قد يقدم للفاحص خمس أوراق حتى دون أن ينظر إلى ما كتب عليها من كلمات. وهذا يعكس موقف المنهار الراض للفحص وللعالج النفسيين. وهذا الموقف ذاته يعكس الشخصية الشبه الانفصامية .

٢ - اختبار (DE - AN) الانهيار والقلق :

في هذا الاختبار نقدم للمفحوص التعليمات التالية : " أقرأ بعناية الجمل الواردة في هذا النص، أعط نفسك الوقت الكافي للتفكير وأخيراً ضع علامة x تحت الإجابة التي تراها مناسبة لوضعك (تقسم الإجابات إلى ١) على الأرجح نعم، ٢) إلى حد ما، ٣) على الأرجح لا ، ولحالتك الحاضرة. لا تستشر أحداً وجاوب بكل جدية.

أما أسئلة الاختبار فهي أربعون :	على الأرجح	إلى حد	على الأرجح
١- أحس بأن الحياة جديرة بأن تعاش
٢- عندما أنهض من نومي أحس بأن
نهاراً تعيشاً ينتظرني
٣- يبدو لي المستقبل واعدأ ومليناً بالأمال
٤- كان من الأفضل لي لو أنني لم أولد
٥ - أحس بأن الحياة تعرضني للخيبات
أكثر مما تعطيني من السعادة
٦- عندما أستيقظ صباحاً أشعر بأن
نهاراً مهماً ينتظرني
٧- بالنسبة لي فاني أعتبر أن العيش هو
بمثابة مغامرة فذة وجميلة
٨- أود أن أتلخص من كل ما حولي
٩- أنا أنسان سعيد

[illegible]

على الأرجح إلى حد على الأرجح

٣٦- عندما تسير الأمور إلى الأسوأ

فأني أغضب وأحزن عوضاً عن التفكير

في الحل

.....

٣٧- عند الانتظار أفقد أعصابي

.....

٣٨- أنا إنسان ذو أعصاب متشنجة يوماً

.....

٣٩- أنا أكثر حساسية من غالبية الناس

.....

٤٠- أعاني من ارتجاف اليدين عندما

.....

أود القيام بعمل ما

لا تراجع الإجابات

لا تقارن بين الأسئلة أو تربط بينها

والفاحص الذي يعرف علائم كل من الانهيار والقلق يستطيع وبسهولة أن يحدد درجة إصابة المفحوص بالانهيار أو القلق أو الاثنين معاً من خلال إجاباته على هذه الأسئلة .

٣ - اختبار إتمام الجمل :

في هذا الاختبار تعطى للمفحوص التعليمات التالية : أكمل معاني الجمل التالية بالمعنى الذي يخطر ببالك فور قراءتك للجملة . أعمل وكأنك لا تفكر وأترك نفسك على سجيئتها في إتمام هذه الجمل .

١- يحسُّ بالسعادة عندما

٢- قبل أي عمل يقوم به فهو يفضل أن

٣- عندما اكتُشِفَ عادل بأنه متورط

- ٤- لا شيء يزعج سعيد مثل ~~.....~~
- ٥- إن أكبر طموحات جهاد هي ~~.....~~
- ٦- عندما رأى عامر رئيسه قادماً
- ٧- يحس وسام بعدم الرضى عندما
- ٨- دائماً أخاف من ~~.....~~
- ٩- عندما يتلقى دريد أمراً فهو
- ١٠- إن أول ما يجعل فواز نادماً هو
- ١١- أتمنى من كل قلبي أن
- ١٢- لاشيء يُغضب رياض مثل
- ١٣- سالم يتألم لأنه
- ١٤- بشارة يعتقد أن مستقبله
- ١٥- إن عامل عدم نجاحه في
- ١٦- حياة المرء تقتضي
- ١٧- عندما أدرك أن الآخرين هم أكثر نجاحاً منه عمد إلى
- ١٨- في كل مرة عندما لا يكون مدعواً فهو
- ١٩- بما أنهم أولاد
- ٢٠- أنا أبذل ما في وسعي كي
- ٢١- بالرغم من كل المآسي التي مرت بي ، فأني في المستقبل
- ٢٢- إن عدم وجود من يساعده دفع بفايز إلى
- ٢٣- إن ما يضايق فايز إلى حد الاختناق هو
- ٢٤- إن إثارة طموحه من الآن فصاعداً مرتبطة بـ
- ٢٥- عائلة سالم كانت

- ٢٦- عندما يكون بدون إلتزامات يعجبه
- ٢٧- إن الخسارة التي تعرض لها جعلته
- ٢٨- أنا لا أحس بأنى على طبيعتى عندما
- ٢٩- إن أملى الوحيد في هذه الحياة هو
- ٣٠- لآشيء يتعب المرء مثل
- ٣١- قدرى هو
- ٣٢- إنه يائس من الحياة لأن
- ٣٣- نقولا سيفعل كل مايفي وسعه لكي
- ٣٤- سليم يتألم كثيراً كي
- ٣٥- إن مؤوسى (العاملين تحت إمرتى)
- ٣٦- قدرى كان يُفضلُ ألا
- ٣٧- عندما دخل تميم إلى مكتب المدير
- ٣٨- والد سالم
- ٣٩- جمال يتنمر ويضجر بعد أن
- ٤٠- إن ما يحبه في نفسه ويقدره هو
- ٤١- عندما علم علي بأنهم يخونوه
- ٤٢- أنه يعتقد أنى
- ٤٣- كان يسخر من طريقة جابر في الكلام لعلية أنه
- ٤٤- كان من الممكن لدريد أن يعمل بطريقة أفضل لو
- ٤٥- حلم حياتى هو
- ٤٦- أنه يحس أنه صغير فى عينى نفسه عندما
- ٤٧- إنه يحضرُ يومياً على أمل أن

- ٤٨- عندما قيل له بأنه خطر
- ٤٩- إن التجارب علمته أن
- ٥٠- الواجب

من خلال المعاني التي يعطيها المفحوص لهذه الجمل يستطيع الفاحص أن يتبين أبعاد شخصية المفحوص. وذلك من خلال تصنيف ميول المفحوص في واحدة من الصفات التالية :

- ١- وجود أفكار مسيطرة على وعي المفحوص مثل المحافظة على الصحة، الخوف من الأمراض، الجنس وفي حالات المرض أفكار هذيانة أو غيرها.
- ٢- الميول التشاؤمية : التخيلات الحزينة، اليأس من الحياة ومن المستقبل، سيطرة فكرة الموت، التفكير بالانتحار، الشعور بأنه مكروه، الانهيار الظاهر، الاحباط، الخوف من الفشل، التوق إلى الراحة، القلق، البعد عن المنطق، الندم على عدم التمتع في الحياة، الشك في كل ماحوله، الضجر ... الخ.
- ٣- الميول المتفائلة : الرغبة في تحقيق الذات، الأمل في المستقبل، الميل للملذات، حب الحياة، الرغبة في تحقيق النجاحات، الرغبة في العمل، الرغبة في الوصول إلى وضع مثالي، خلق المثال الخ.
- ٤- إنحرافات غريزية تثير الميل لحب الحياة : الرغبة بمجاراة الموضة، الاهتمام بالهندام، الرغبة باقتناء سيارة أو الخ.

٥- عوامل نفسية ذات دلالة خاصة :

- أ - اضطرابات النوم .
- ب - الايروسية (Erotisme)
- ج - الاستدخال (Interiorisation)
- د - القدرة المتنامية على التفكير

- هـ - للتدين أو التوظيف الدينى (Investissement Réligieux)
 و - اضطراب غريزة التغذية (راجع اضطرابات الغرائز)
 ز - التوظيف للفنى . (Investissement Artistique)

٤ - اختبار الميول المرضية - النفسية أو Woodworth - Mathwes

ويحوي هذا الاختبار على ٧٦ سؤالاً يجب على المفحوص أن يقرأ كل منها بروية وتمعن ومن ثم يجاوب عليها بنعم أو لا . وهذه الأسئلة هي

- ١ - هل لديك رغبة بأن تبدأ الشجار ؟
- ٢ - هل تخاف من الظلام ؟
- ٣ - هل تخاف من الرعد والعواصف ؟
- ٤ - هل تخاف المرور فى نفق ؟
- ٥ - هل تخاف اجتياز جسر فوق الماء ؟
- ٦ - هل تخاف من الماء ؟
- ٧ - هل تراودك فكرة القفز إلى الماء عند مرورك فوق الجسر ؟
- ٨ - هل تخاف أكثر من الآخرين ؟
- ٩ - هل تخاف فى الليل ؟
- ١٠ - هل تسمع فى الليل أصواتاً توحى لك بالخوف ؟
- ١١ - هل تحلم أحياناً بأشخاص ماتوا ؟
- ١٢ - هل تقضم أظفارك أحياناً ؟
- ١٣ - لى إنفعالك هل تعاني التأتأة ؟
- ١٤ - هل تستطيع المكوث طويلاً دون أن تنبس بكلمة ؟
- ١٥ - هل لديك عادة تحريك الرقبة أو الرأس أو الكتفين أو الرجلين ؟
- ١٦ - هل يعجبك دائماً أن تغير نشاطك أو عملك ؟
- ١٧ - هل يحصل أن ينتبه الآخرون لشروذك ؟

- ١٨- هل يعجبك أن تزاوِل لفترة طويلة نفس النشاط ؟
- ١٩- هل تبكى أحياناً بسبب الخسائر التي تلحق بك ؟
- ٢٠- هل تستطيع احتمال الألم كما يتحمله الآخرون ؟
- ٢١- هل تتضايق من رؤية الدم ؟
- ٢٢- هل تعاني غالباً من الآلام ؟
- ٢٣- هل يحصل لك غالباً صعوبات في التنفس ؟
- ٢٤- هل تشعر عادة بأنك معاقى وقوى ؟
- ٢٥- هل تشعر بالتعب عند نهوضك من النوم ؟
- ٢٦- هل تشعر غالباً بالتعب ؟
- ٢٧- هل أنت ضجر فى معظم الأحيان ؟
- ٢٨- هل تعاني غالباً من الصداع ؟
- ٢٩- هل توجد أطعمة لا تحتمل مجرد رؤيتها ؟
- ٣٠- هل توجد أطعمة يصعب عليك هضمها ؟
- ٣١- هل تنام عادة كما يجب ؟
- ٣٢- هل تعلم دائماً ما تريد عمله ؟
- ٣٣- هل يصعب عليك اتخاذ القرار عندما يجب ذلك ؟
- ٣٤- هل تؤمن بالحدس (التنجيم ، الابراج الخ) ؟
- ٣٥- هل راودتك لغاية الآن فكرة الهرب من بيتك ؟
- ٣٦- هل شعرت لغاية الآن بالميل والدافع للهرب من بيتك ؟
- ٣٧- هل سبق لك أن هربت من المنزل ؟
- ٣٨- هل تخاف أحياناً من اجتياز شارع عريض أو ساحة واسعة ؟
- ٣٩- هل تخاف أحياناً من الأماكن المغلقة ؟
- ٤٠- هل تخاف كثيراً من النار ؟

- ٤١- هل راودتك لغاية الآن فكرة الاحراق ؟
- ٤٢- هل لديك عادة النظر تحت السرير قبل النوم ؟
- ٤٣- هل تعجبك صحبة الآخرين ؟
- ٤٤- هل يعجبك أكثر أن تكون وحيداً من أن تكون مع الآخرين ؟
- ٤٥- هل يتقبلك الآخرون ؟
- ٤٦- هل تغضب كثيراً ؟
- ٤٧- عادة هل يعجبك أن تكون الأمر النامي ؟
- ٤٨- عامة هل أنت مسرور ومكتفي ؟
- ٤٩- هل يرلودك أحياناً الشعور بأنك دون الآخرين ؟
- ٥٠- هل يرلودك أحياناً الشعور بأن أحداً لا يفهمك ؟
- ٥١- هل تفكر بأن لك حياة أخرى غير حياتك العادية ؟
- ٥٢- هل يرلودك الشعور بأنك ولد متبنى ويصعب عليك التخلص من هذا الشعور ؟
- ٥٣- هل ترلودك أفكار أخرى متشابهة ؟
- ٥٤- هل أنت غالباً متأفف، ضجر وتعيش من فكرة مفادها أن الأشياء حولك مخادعة ؟
- ٥٥- هل تصادق بسرعة ؟
- ٥٦- هل يرلودك أحياناً الشعور بأنك مذنب ؟
- ٥٧- هل تعتقد أن الناس يحبونك كما يحبون الآخرين ؟
- ٥٨- هل تفكر أحياناً بأن لا أحد يحبك ؟
- ٥٩- هل يصعب عليك التعود والتكيف مع محيط عملك ؟
- ٦٠- هل يصعب عليك العيش الهاديء في بيتك ؟
- ٦١- عائلتك هل تعاملك جيداً وهل هي عادلة معك ؟

- ٦٢- روساؤك هل يعاملونك جيداً ؟
 ٦٣- هل تزعجك فكرة مفادها بأن أحدهم يتابعك ؟
 ٦٤- هل تحس أحياناً بأن أحدهم يريد إيذاءك ؟
 ٦٥- هل غضب عندما يعارضك الآخرون ؟
 ٦٦- هل يحصل أن تكسر الأشياء عندما تغضب ؟
 ٦٧- هل تغضب أحياناً من أجل توافه ؟
 ٦٨- هل أغمي عليك ولو لمرة واحدة ؟
 ٦٩- هل يغمي عليك في مناسبات معينة ؟
 ٧٠- هل تشعر أحياناً باضطراب بالنظر ؟
 ٧١- هل تعجبك مهنة تتعلق بذبج الحيوانات أو قتلها ؟
 ٧٢- هل تمنيت الشر لأحد ؟
 ٧٣- هل تنتدر بالآخرين لدرجة تثير بكاءهم أحياناً ؟
 ٧٤- هل تشعر بالسعادة إذا ألحقت الأذى بشخص ما ؟
 ٧٥- هل تشعر بالسعادة لدى تعذيبك لحيوان ما ؟
 ٧٦- هل روادتك فكرة السرقة لغاية الآن ؟

وهذا الاختبار يقيس الميول المرضية التالية :

١- الرهاب والمخاوف : المتمثلة بالخوف غير المبرر ويمكن استنتاجها من الأسئلة (٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٢٥، ٢٦، ٣٢، ٣٣، ٣٦، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢) ومعاملها القياسي ٢٤ نقطة .

٢- الميول الانفعالية : المتمثلة بعدم التوازن الانفعالي أو باضطرابه. ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة : (١، ٢، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢١، ٣٤ و ٤٠). ومعاملها ٢٨ نقطة .

٣- الميول الانفصامية : أو الميل نحو العزلة وعدم الثقة بالنفس والتعاسة .
ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة (٢٧، ٣٥، ٤٣، ٤٤، ٤٦، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٤). ومعاملها القياسي ٣٠ نقطة.

٤- الباراتويا : العظام أو الشعور بالاضطهاد ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة : (١، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٧، ٥٣، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٣، ٦٤ و ٦٥) ومعاملها القياسي ٢٠ نقطة .

٥- الميول نحو فقدان المنطق : وتتجلى من خلال الأسئلة التالية : (٩، ١٠، ٣١، ٣٧، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٩ و ٧٠). ومعاملها القياسي ٢٠ نقطة .

٦- ميول نحو عدم الاستقرار : المتجلية بالرغبة الدائمة بالتغيير وبالتردد وهذه الميول يمكن استنتاجها من خلال الأسئلة (١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ٣٥ و ٣٦) ومعاملها القياسي ٥٢ نقطة .

٧- ميول معادية للمجتمع : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٠، ٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٧٦) ومعاملها القياسي هو ٥٢ نقطة .

٨- الميول الانهيارية : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٤٦، ٥٦) ومعاملها القياسي ٢٦ نقطة .

٥- اختبار الـ T. A. T :

ويسمى هذا الاختبار أيضاً باختبار الصور لـ (MURRAY) وهو مؤلف من ثلاثين صورة . وكمثال تطبقى لهذا الاختبار اخترنا أحد مشتقاته وهو اختبار (مدن) (*) وهو مؤلف من تسع صور فقط وباللونين الأبيض والأسود. وهذه الصور تحوي أشخاصاً غير محددى الملامح وغير مكتملى الرسم بحيث يستطيع كل

(*) للتعقّل انظر كتاب : إسقاط الشخصية فى اختبار نفهم الموضوع ، دار النهضة العربية، ١٩٨٩ -

مفحوص أن يرى هؤلاء بالأوضاع والرموز المنسجمة مع ميوله ومع إنفعالاته الحالية . وهذا ما يهدف الاختيار إلى تحديده. وتعطى للمفحوص التعليمات التالية :

أمامك تسع صور تعبر عن أفكار ورموز مختلفة. الشخص الموجود في الصورة يمكن أن يبدو لك واضحاً منذ النظرة الأولى كما يمكن أن تجد بعض الصعوبة في اكتشافه. لأن أشخاص الصور غير محددين بشكل جيد وأحياناً غامضون.

بعد اكتشافك لهؤلاء الأشخاص المطلوب منك هو أن تحدد أمرين هما :

أ - ماذا يفعل شخص الصورة أو أشخاصها .

ب - كيف تتخيل سير الأمور في المشهد الذي تمثله الصورة .

استعمل قلماً من الرصاص لكتابة جوابك على هذين السؤالين في المساحة البيضاء الواقعة إلى جانب الصورة والمخصصة لذلك .

لديك الوقت الذي تريده ريثما تعطي أجوبتك . على أننا لا ننصحك أن تقف طويلاً أمام الصورة إذ أنه من الأفضل أن تعطي الأجوبة وفقاً للانطباع الأول الذي توحى به لك هذه الصورة . وذلك حتى لا تتورط في متاهات نقد الصورة أو نقد جمالياتها... الخ. أكتب كل ما يخطر في ذهنك وكل ما توحى به لك هذه الصورة.

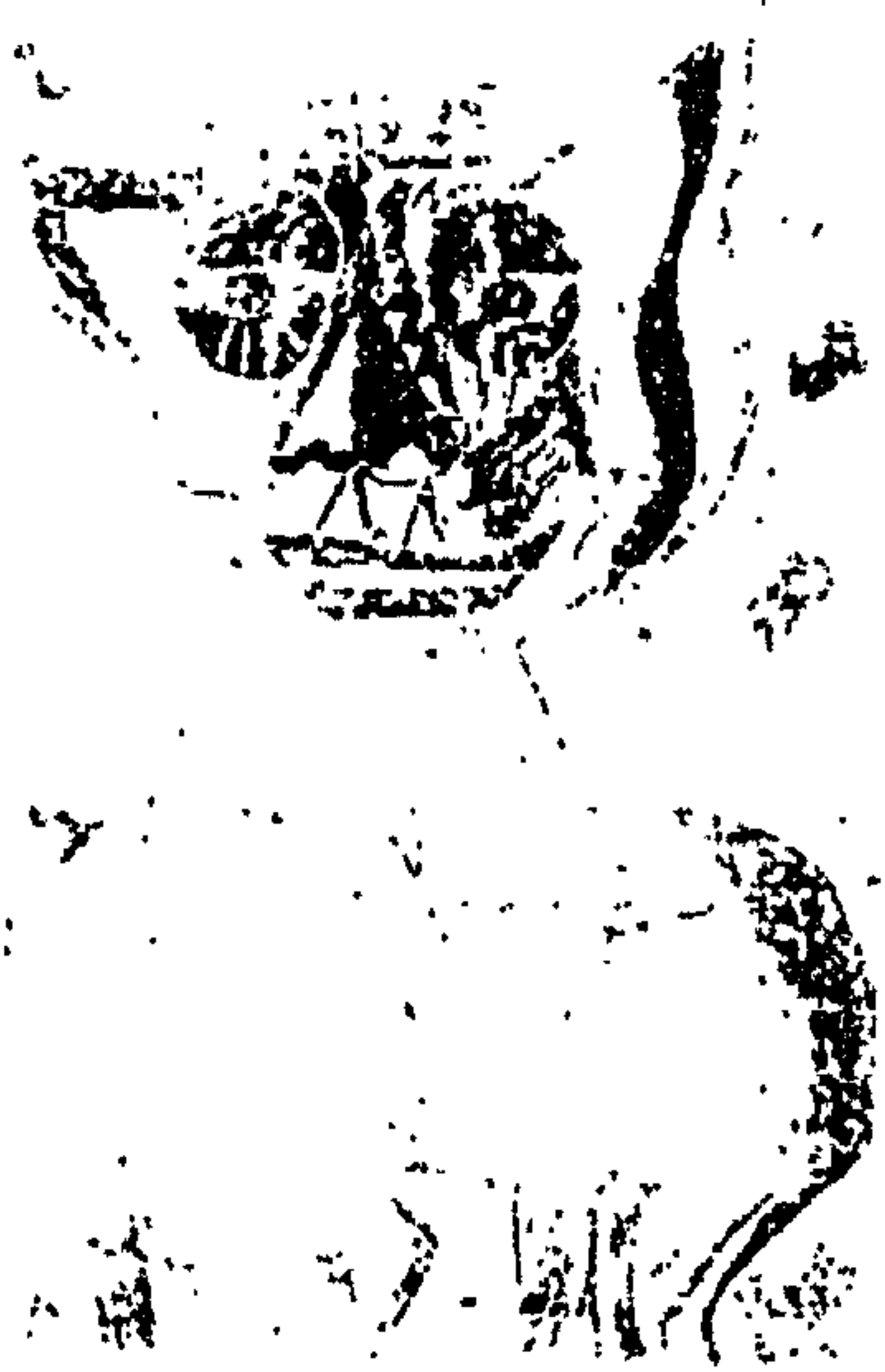
كل الأجوبة تكون قيمة إذ لا يوجد جواب صبح وآخر خطأ. على أن أفضل الأجوبة هو ذلك الجواب العفوي الذي يعكس أولى ردات فعلك أمام ما توحى به لك الصورة .

(عندما تحلل الصور من الأفضل أن تغطي بالي الصور بورقة بيضاء حتى لا تعكر انتباهك).

والآن نعرض الصور التسعة مرقمة من واحد إلى تسعة.

ملاحظات

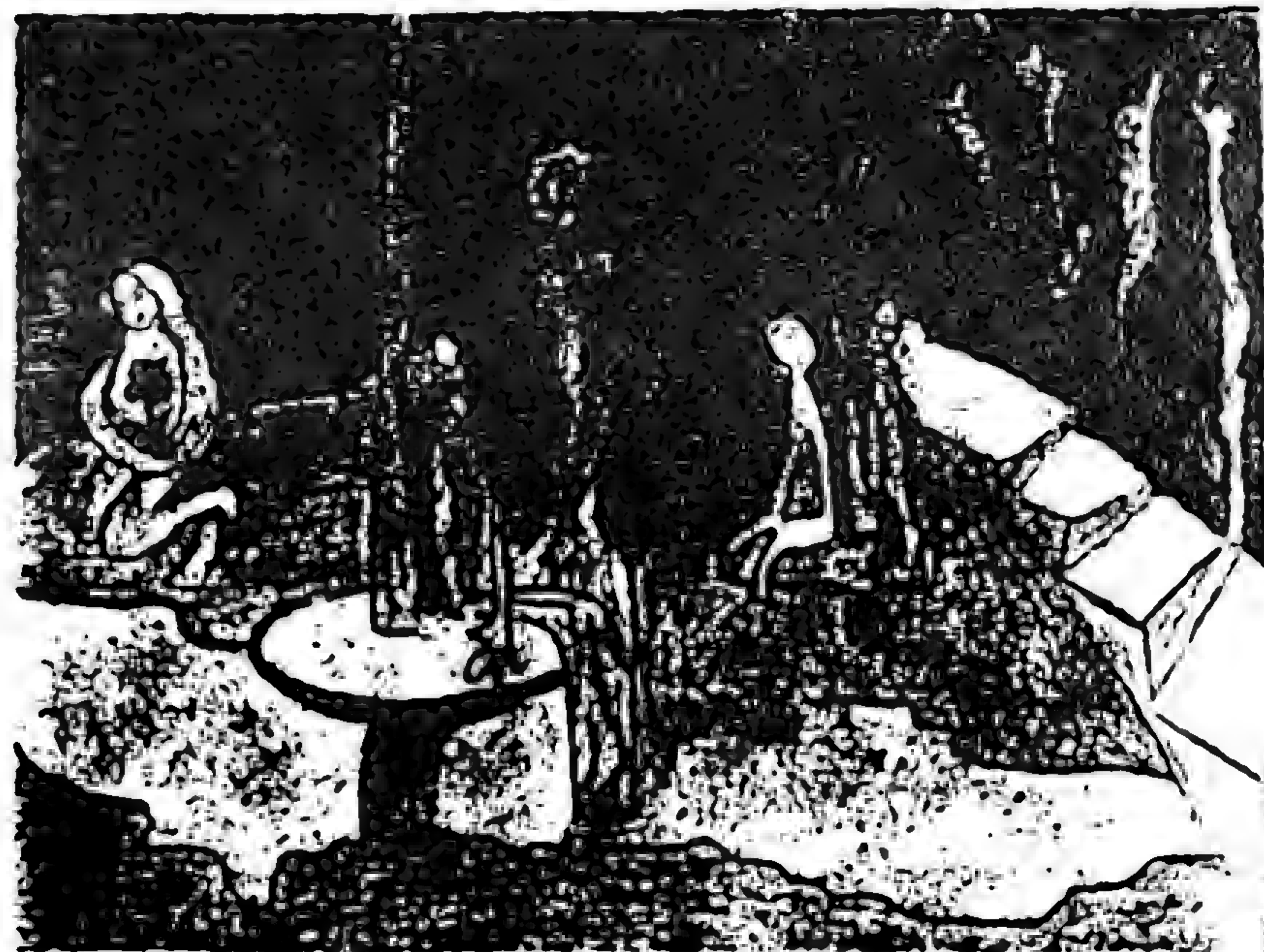
الصورة ١



الصورة ٢



ملاحظات



ملاحظات

الصورة ٥



ملاحظات

الصورة ٦





ملاحظات

صورة ٨



ملاحظات



الصورة ٩

والحقيقة أن نتيجة هذا الاختبار ترتفع أساساً بالأهمية التي يعولها الفاحص عليه. على أن ما يهمنا الآن هو عرض تقنية استخراج نتائج هذا الاختبار. وسنركز شرحنا على طريقة تحديد الحالة المزاجية للمفحوص. وهذا التحديد يتم من خلال استعراضنا لردود المفحوص على السؤالين : (أ) من هو (أو هم) الشخص (أو الأشخاص) الظاهرين في الصورة. (ب) كيف تسير الأمور في هذا المشهد. ونعطي للمفحوص :

(١) علامة ضفر على الأجوبة المتجرة كأن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل شخصاً .

(٢) علامة ناقص ٢ (-٢) على الأجوبة الهلعة كأن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل رجلاً مشوياً ومخيفاً .

(٣) علامة ناقص ١ (-١) على الأجوبة ذات الميول التشاؤمية الخفيفة كأن يجب على الصورة ٤ بأنها تمثل حبيقة الحب الضائع .

(٤) علامة واحد (+١) على الأجوبة ذات المسحة التفاؤلية كأن يجيب على الصورة ٥ بأنها تمثل حلاوة الربيع وفرحة الناس بقدومه .

ولكل صورة علامتان مختلفتان تتعلق بالإجابة على السؤال (أ) من هم الأشخاص؟ فإذا أتت الإجابة على الصورة ٥ بأنهم أناس فرحون بقدوم الربيع

على أن هناك علامة ثالثة هي علامة (ج) وهي تساوي (ب - أ) وفي مثالنا عن الصورة الخامسة حيث أعطينا $2+$ لكل من أ وب فإن ج في هذه الحالة تكون $2 - 2 =$ صفر .

وبعد إنتهائنا من استعراض ردود المفحوص وإعطاء العلامات المناسبة لها علينا أن نقوم بنقل هذه العلامات إلى الجدول التالي :

ج			ب					ا					
مقارنة أ و ب			سير الأمور في الصورة					وصف الصورة					
+	o	-	٢	١	o	١-	٢-	٢	١	o	١-	٢-	العلامات
													الصورة ١
													الصورة ٢
													الصورة ٣
													الصورة ٤
													الصورة ٥
													الصورة ٦
													الصورة ٧
													الصورة ٨
													الصورة ٩
													المجموع الجزئي
													المجموع

معدل ا + معدل ب مقسومين على (٢)

وبما أننا إعتدنا قياس مشاعر التفاؤل والتشاؤم (تحديد الكآبة والقلق) فسنتابع الشرح على هذا الأساس. إذ أننا بعد تمة الجدول نقوم بمراجعة مجموع الـ (أ) وكلما كان هذا المجموع سلبياً (أي ناقص كذا) كلما كان ذلك دليلاً على التشاؤم وبالطبع فإن منتهى التشاؤم أو الكآبة المرضية ممكن أن يصل إلى ناقص ١٨ - والـ (أ) كما رأينا تمثل ردة فعل الشخص الأولى .

وننتقل الآن إلى الـ (ب) وهي عبارة عن ردة الفعل المتأخرة للشخص وكما فعلنا بالـ (أ) نفعل بالـ (ب). وهنا لابد لنا من المقارنة بئين الـ (أ) والـ (ب) فإذا الـ (أ) أكبر فإن هذا يعني أن الشخص هو أكثر كآبة مما يبدو . والعكس صحيح .

٦- إختبار الانهيار المقنع :

ويمتاز هذا الاختبار بقصره وبسهولة تطبيقه وكذلك بسهولة تقبل المريض للخضوع له. وهذا الاختبار يلعب دوراً كبير الأهمية في تحديد الحالة النفسية للشخص خاصة إذا ما أعقبه الحوار الطبي - النفسى الذي شرحناه سابقاً .

ويتلخص هذا الاختبار بالأسئلة التالية :

١ - هل لديك انطباع مفاده بأنك لم تعد قادراً على التمتع بأشياء صغيرة كانت ولفترة قريبة مصدر سعادة لك ؟

٢ - هل تشعر أنك بحاجة للحظ والمساعدة الالهية لكي تعود لك سعادتك السابقة ؟

٣ - هل تشعر بأن العوامل المحيطة بك تقيدك وتعيقك عن إتخاذ القرار ؟

٤ - هل تعتقد بأن مردود عملك أقل من الجهد الذي تبذله والآمال التي تعلقها عليه ؟

٥ - هل ينتابك شعور مفاده بأنك لا تصلح لشيء ؟

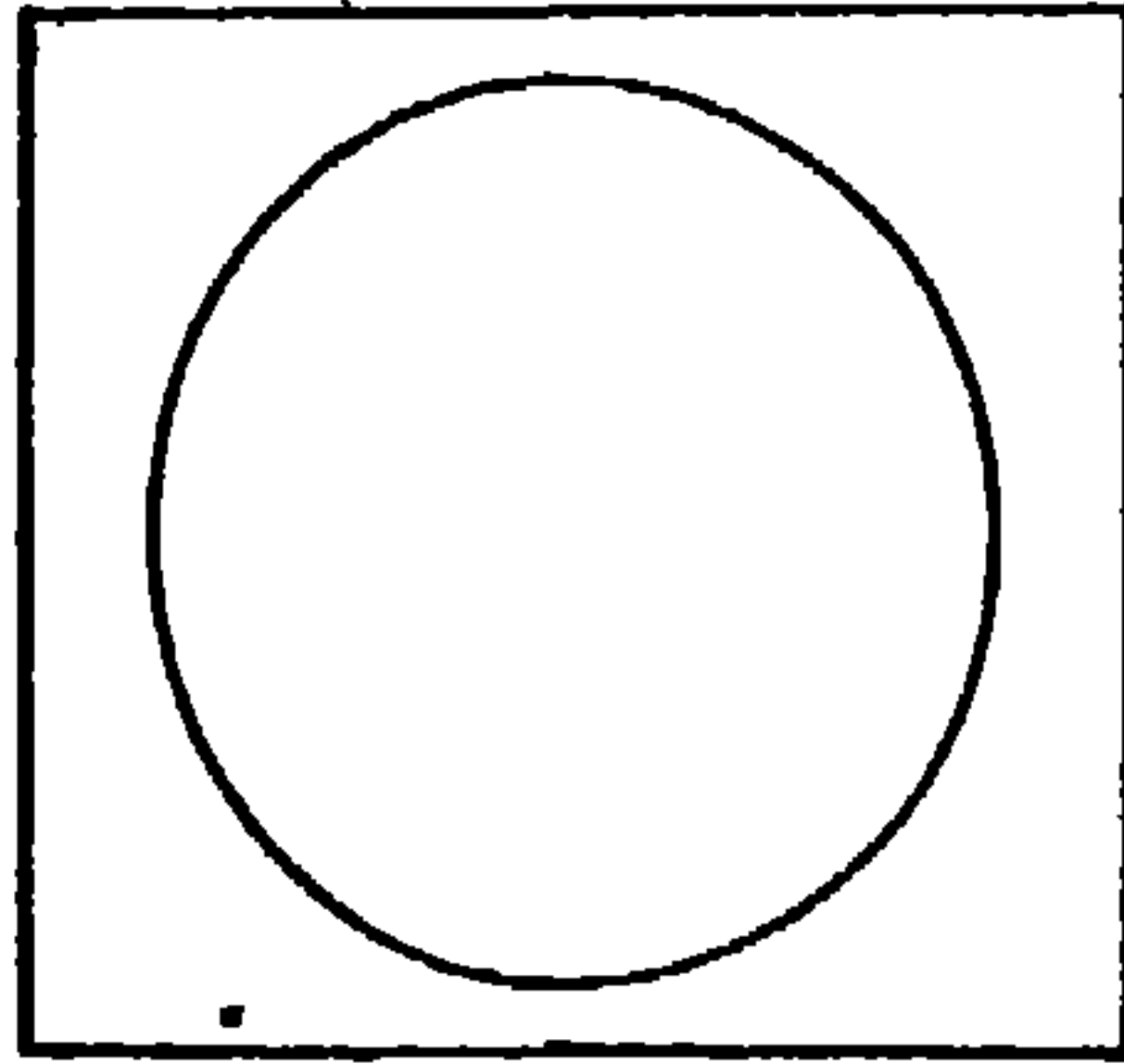
٦ - هل تعاني من القلق ؟

- ٧ - هل تعاني من الأرق ؟
 ٨ - هل تعاني أحياناً من صعوبات في التنفس ؟
 ٩ - هل تشعر أحياناً بخفقان القلب ؟
 ١٠ - هل تعاني اضطرابات هضمية أو آلام ؟
 ١١ - هل أنت غير راضٍ عن حياتك الجنسية ؟

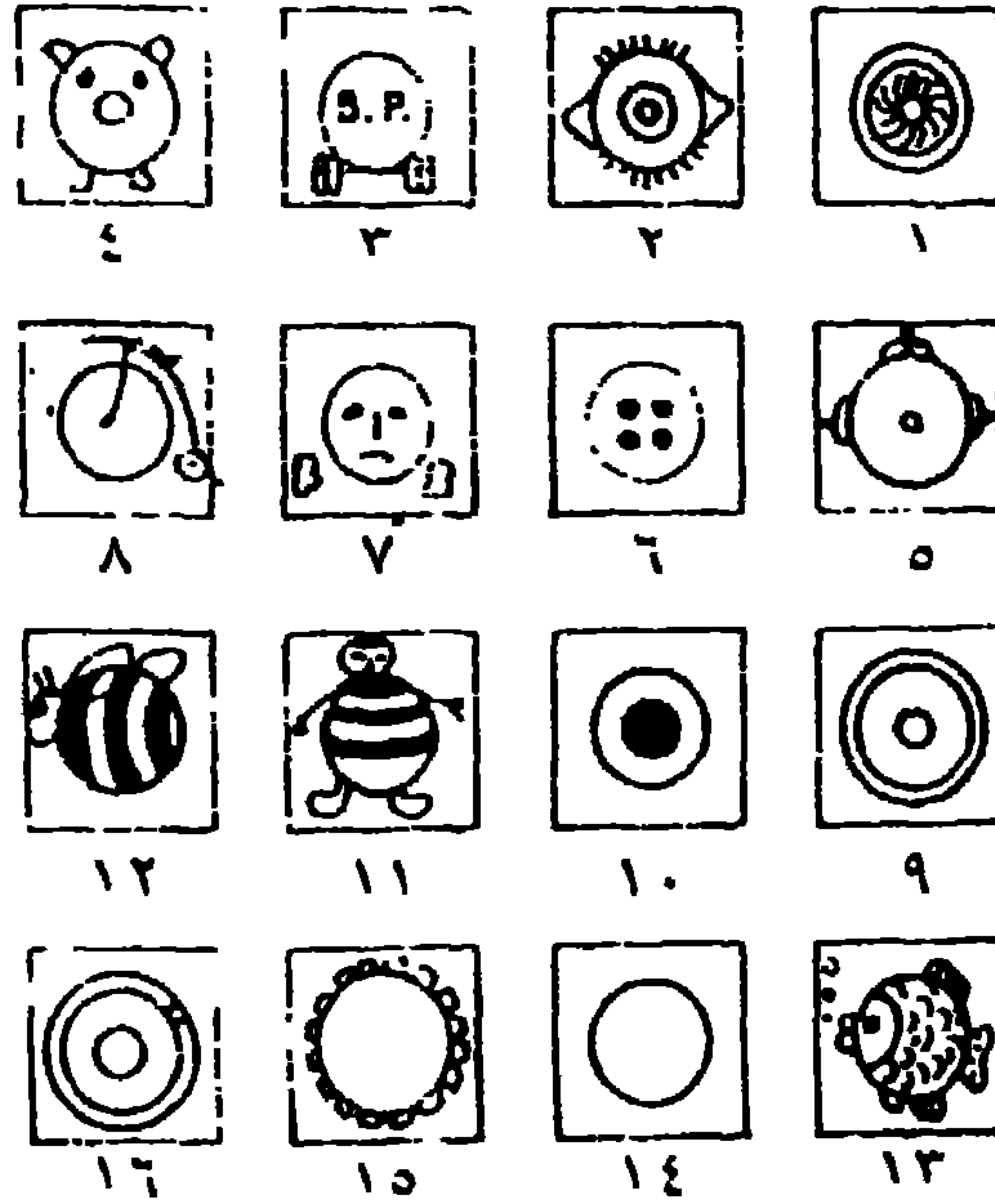
والجواب على هذا السؤال يكون بنعم أو لا وكل إجابة بنعم تؤكد وجود ميل انهيارى لدى المفحوص . وفي حال إجابته بـ نعم على جميع أسئلة الاختبار فإن هذا يعني إصابة المفحوص بالانهيار الصريح مما يقتضى إجراء اختبار Woodworth أو أحد اختبارات الانهيار وذلك بقصد تحديد حدة الانهيار ولكن أيضاً احتمال تراققه بعدد من الميول العصابية التي يحددها الاختبار الأخير .

إختبار القدرة التخيلية :

كما قد أشرنا إلى معارضتنا لتجزئ الشخصىة عن طريق دراسة أجزائها. ولكننا أن نعطي مثلاً على هذا الاختبار يتم عن طريق تقديم عدد من الأوراق (١٦ ورقة) رسم عليها الشكل التالي :



وانطلاقاً من هذه الدوائر نطلب من المفحوص أن يرسم لنا عدداً من الرسوم من وحي خياله. محاولين حثه على تكملة الرسوم الستة عشر المقدمة إليه. وها نحن نعرض إحدى نتائج هذا الاختبار (منقولة عن Brian M. Foss, Id) .



وهذه الصور هي إحدى الأمثلة التي يمكن للمفحوص " أن يحور الدائرة المقدمة له كي يستخرج منها صوراً ذات دلالة مفهومة .

- | | |
|-----------------------|------------------------------------|
| ١ - دولاب | ٩ - قالب كاتوه |
| ٢ - عين | ١٠ - بيضة مع صفارها. |
| ٣ - شاحنة فقط | ١١ - لاعب ركبي |
| ٤ - خنزير | ١٢ - نقطة |
| ٥ - طائرة (من الأمام) | ١٣ - سمكة |
| ٦ - زر | ١٤ - طلبة (كرة طاولة) |
| ٧ - رجل | ١٥ - دولاب مسنن |
| ٨ - دراجة | ١٦ - فنجان قهوة في صحفه (من فوق) . |

المراجع

المراجع العربية

- ١ مارتى، بيار ومشاركوه: بيسيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرصيه. دار النهضة العربية (١٩٩٠).
- ٢ موسون، اليزابيث: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية (١٩٩٠).
- ٣ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية وعلاجها - دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، منشورات مدن، ط٢ (١٩٨٦).
- ٤ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية، الرسالة - الايمان (١٩٨٧).
- ٥ النابلسي، محمد أحمد: اختبار رورشاخ، ملف العدد السادس عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٣).
- ٦ النابلسي، محمد أحمد: اسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع، دار النهضة العربية (١٩٨٩).
- ٧ النابلسي، محمد أحمد: الأسس الاحيائية للسلوك، ملف العدد الثالث عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٣).
- ٨ النابلسي، محمد أحمد: الانهيار العصبي، أسبابه ومظاهره وعلاجه، الرسالة - الايمان (١٩٨٦).
- ٩ النابلسي، محمد أحمد: ذكاء الجنين، دار النهضة العربية (١٩٨٨).
- ١٠ النابلسي، محمد أحمد: ذكاء الرضيع، دار النهضة العربية (١٩٨٨).
- ١١ النابلسي، محمد أحمد: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية (١٩٨٩).
- ١٢ النابلسي، محمد أحمد: معجم العلاج النفسي الدوائي، دار ومكتبة الهلال (١٩٩٤).
- ١٣ واينبرغ، جاك: عيادة الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية (١٩٩٠).

المراجع الأجنبية:

1. ABELY. A. M. P / L'anxiété/ Masson & Cie / 1947.
2. ACHTÉ K., AALBERG V., LÖNNQUIST J. / Psychopathology of depression / Psychiatria fenica supplimenum / 1980.
3. ALLEY J. M. / Epilepsie et psychose maniaco - dépressive. Coexistence ou correlations ?/ Ann. méd. psych. / 1978 nr. 9, p. 1057 - 1069.
4. ANGST G. / Die somatische Therapie der Schizophrenie / Georg Thieme Verlag Stuttgart 1969.
5. ARIETI S. / (sub redactie) American handbook of psychiatry Basic Books, Inc. / New York 1974, 1975.
6. ARIETI S. / Interpretation of schizophrenia / Basic Books Inc. / New York 1974.
7. ARIETI S., BEMPORAD J. / Severe and mild depression. The psychotherapeutic Approach / Basic Books Inc. Publishers / 1978.
8. ARIETIS/ American handbook of psychiatry - vol. III/ Basic Books, Inc. Publishers/ New York - London. 1966.
9. AYD F. I. / Les dépressions et leur diagnostic / P.U.F./ Paris 1965.
10. AYD F.J./ Les dépressions et leur diagnostic/ Presses Universitaires de France/ Paris 1965.
11. AYURO GUTIERREY J. / Analyse des facteurs déclencheurs sur un échantillon de patients hospitalisés pour dépression endogène / Ann. méd. psych. / 1981 nr. 7 p. 759 - 770.

12. BALIS G. / Clinicial Psychopathology / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
13. BALIS G./ Basic psychopathology / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
14. BALIS G./ Basic Psychopathology/ Butterworth Publishers Inc. / Boston - London 1978.
15. BALLUS C./ Interactions entre dépression et angoisse/ Conformation Multidisciplinaire Européene sur la dépression / Monte Carlo 1980.
16. BARUK H. / Précis de Psychiatrie Masson / Paris 1950.
17. BARUK H./ Précis de Psychiatrie / Masson / Paris 1950.
18. BAUDOUIN CH. / Suggestion und Autosuggestion / Dresden 1924.
19. BECK A.T./ Dépression / Ed. Hoeber / New York 1967.
20. BENOIT G. / Les délires chroniques. Conférences de psychiatrie / Editions Doin 1967.
21. Bernard. P. manuel de l'infirmier en psychiatrie. Ed. Masson, Paris, 1974.
22. BERTIN CH., NOIEL P. / Veillissement et dépression / Confronation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
23. BLEULER E. / Demantia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / Leipzig und Wien / Franz Deuticke / 1911.
24. BONHÖFFER K. / Nervanärztliche Erfahrungen und Eindrücke / Springer - Verlagberlin 1941.
25. BOULLIN D.J./ Méthodologie biochimique pour l'étude des troubles de l'humeur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.

26. BOURGEOIS M. / Endorphines et schizophrénies I/ Revue breève de la littérature art. 2 p. 1112 - 1119/ Ann. méd. psych / 1980 nr. p. 1106 - 1111.
27. BROWN S.S. (sub redactie) / Chemical diagnosis of disease / Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra, Edinburg, Melbourne 1979.
28. BRUNOL J./ Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexie mentale / Ann. méd, psych. / 1978 nr. 4 p. 547 - 593.
29. BRÂNZEI P. / Itinerar psihiatrie / Ed. Juminea / Lasi 1979.
30. BRÂNZEI P., SIRBU A./ Psihiatrie/ Ed. Diadactică si pedagogică / Bucuresti 1981.
31. CASSANO G. B., MAGGINIC., LONG E. / Les dépressions chroniques / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
32. CASTAIGNE M. / Les confins de l'hystérie La Rev. du Praticien / Tome XXXII nr. 13 1mars 1982.
33. Cattel R.B: The description and measurement of personality. N.Y., 1946.
34. Cattel R.B: The scientific Analysis of personality, 1966.
35. CHAUDERLOT B. / Le suicide / Sem. Hóp. /Paris 1971, 47, 33 - 38.
36. CHENALIER J.P / Epilepsie et psychoses chroniques / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 9 p. 1036 - 1046.
37. CLÉRAMBAULT B./ Oeuvre psychiatrique / Presses Universitaires de France Paris 1942.
38. CONRAD K. / Die beginnende Schizophrenie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1971.

- 39 CORNET CL. / La narco - analyse, la Belle au bois dormant / *Arta psych. Belg.* 1980 ian - feb. p 91-100.
- 40 CSIKY K. / Aspecte biologice ale diagnosticului, prognosticului si terapiei sindriamelor discordante / *Rev. Neurol. Psih nr. 1 / 1979 p. 57 - 63.*
- 41 DELAY J. / Introduction à la médecine psychosomatique / Masson et Cie Paris 1961.
42. DELAY J. / Les dérèglements de l'humeur/ Presses Universitaires de France / 1946.
43. DENIKER P. / Nosologie moderne des troubles de l'humeur. Colloque international de Psychiatre / Monte Carlo 1979.
44. DIATKEIN G. / Les services d'urgence psychiatriques / *Inrom. psych.* / 1972, 48, 8, 765 - 766.
45. DUGAS I.. MOUTIER F.: La dépersonnalisation / Librairie Félix Alcan /. Paris 1911.
46. EFTHYMIIOU T. / Un praticien face à la dépression. Confr. Multidiscipl. Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
47. EISENBERG L. / La dépression nerveuse Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.
48. EY H. / Etudes psychiatriques/ Desclée de Brouwer & Cie / Paris 1948.
49. EY H. / La notion de schizophrénie / Ed Desclée de Brouwer / 1977.
50. EY H. / Traité des hallucinations / Masson et Cie / 1973.
51. EY H., BERNARD P., BRISSET CH. / Manuel de psychiatrie / Masson et Cie / Paris 1978.
52. EY H., BERNARD P., BRISSET CH./ Manuel de psychiatrie / Ed. Masson 1978.

53. Eysenck. H.J.: Les dimensions de la personnalité. P.U.F, Paris, 1950.
54. FALRET J./ Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses / Paris 1980.
55. FENICHEL O. / La théorie psyhanalitique des nérvoses / Presses Univ. de France / Paris 1953.
56. Filoux. J.C.: La personnalité. P.U.F., Paris 1980.
57. FOLLIN S. / Analyse de la conduite éthéromaniaque d'un schizophrenique / Ann. méd psych. / 1980, nr. 4 p. 405 - 420.
58. Fourcade. J.M., Ienbardt. V.: Analyse transactionelle et bioenergie. Ed. universitaire, 1981.
59. FREUD A./ Le Moi et les Mécanismes de défense / Paris 1969.
60. Freud. S.: Veber Libidinôse Typen, Internationale Sts chr. für Psychonalyse, 1931.
61. GERGERIAN E. / Expressions faciles dans la manie et la schizophrénie / Ann. méd. psych. 137⁰ nr. 1-2 / Paris 1979.
62. GHILIAROVSKI V. A. / Psihiatria / Ed. Medicală / Bucuresti 1978.
63. GILLIBERT J. / L'œdipe maniaque / Ed. Payot / Paris 1978.
64. Gorgos. C.: Vademecum in psihiatrie. Ed. Medicala, Bucharest, 1985.
65. GRAY M. / Neuroses - A comprehensive and Gritical View / Van Nastrand Reinhold Company/ 1978.
66. GRECU GH., CSIKY K./ Unele aspecte ale sindromului despresv - paranoid înfîlnit în schizofrenie/ Rev. Neurol. Psih. nr. 4/ 1977 p. 267 - 275.

67. GRECU GH./ Observatii clinico - statistice în depresiile endogene / Rev. Neurol. Psih nr, 2/ 1979, p. 125 - 135.
68. GRIVOIS H. / La psychiatrie des urgences/ Ed. Rober Lafont / Paris 1978.
69. GUIRAUD P./ Psychiatrie du praticien / Paris 1943.
70. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie clinique / Librairie le François / Paris 1956.
71. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie Clinique/ Librairie le François / Paris 1956.
72. HARTENBERG P. / Les psychonévroses anxieuses et leur traitement / Paris 1922.
73. HAUMONTE M.F. / Les psychotiques et leurs corps / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 4 p 529 - 546.
74. HINSIE L., CAMPBELL R. I. / Psychiatric Dictionary, fourth edition / Oxford University Press 1970.
75. HOCH P. / Differential diagnosis in clinical psychiatry/ Science House /1972.
76. HYNE M. / La schizophrénie/ Ann. med. psych. / 1979 nr. 3-4 p. 256 - 260.
77. IONESCU G. / Psihosomatica / Ed. Stiintifică si Enciclopedică / Bucuresti 1975.
78. JANET P. / Les nérvoses / Ed. Flammarion / Paris 1909.
79. JASPERS K. / Allgemeine psychopathologie / 8 Aufl. Springer / Berlin 1965.
80. JASPERS K. / Psychopathologie générale / Félix Alcan / Paris 1933.
81. JASPERS K./ Philosophie und Welt / Piper/ München 1963.
82. JULIEN R. / Sommeil de nuit des pshychoses aiguës et chroniques / L'Encéphale / 1980 nr. 5, p. 371 - 380.

83. KAPLAN H., SADOCK B. / Modern synopsis of psychiatry, ed. III Williams & Wilkins/ Baltimore 1981.
84. KIEKHOLZ P. / Diagnose und Therapie der Depressionen / Lehman / München 1965.
85. KIEKHOLZ P. / Die Depression in der täglichen praxis / Verlag Hans Huber/ 1974.
86. KIEKHOLZ P. / Etats depressifs. Dépistage, évaluation, traitement / Hans Huber / Berne, Stuttgart - Vienne 1972.
87. KIEKHOLZ P. / Le concept de la dépression masquée / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
88. KOLB / Modern Clinical Psychiatry / W. B. Saunders Company / Philadelphia 1981.
89. KOLB / Modern clinical psychiatry / W.B. Saunders Comp. / Philadelphia 1981.
90. KREINDLER A. / Nevroza astenică / Ed. Academiei / Bucuresti 1961.
91. KRETSCHMER E. / Der sensitive beziehungswahn ed. III / Springer Verlag/ Berlin 1950.
92. KRETSCHMER E. / Medizinische psychologie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1956.
93. LAING R.D / The divided self / Pelican 1964.
94. LAING R.D., ESTERSON A. / L'Equilibre mental, la folie et la famille / Paris 1979.
95. LANDMARK J. / A Manual for the Assessment of Schizophrenia / Acta psychiatrica Scandinavica / Supplementum 298 vol. 65 / 1982.
96. LAUNAY C., COL C. / Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent / Rev. prat. / Paris 1964, 14, 6, 619.

97. LE ROUX A., / Formes actuelles de la persistance de la psychose hallucinatoire chronique / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 10 p. 1199 - 1212.
98. LEMPERIÈRE et. colab./ Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson / 1977.
99. LEMPÉRIÈRE si colab / Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson 1977.
100. LEONARD K. / Aufteilung des endogenen psychosen / Akademie - Verlag/ Berlin 1957.
101. MACK E.J./ Border - line States in Psychiatry / Seminars in psychiatry / Grune & Stratton/ 1975.
102. MAILLARD M. / Le malade psychotique et les médicaments/ Ann. méd. psych. 1979. nr 6- 7 p. 664 - 671.
103. MARCHAIS P. / De la mélancolie à la dépression / Ann. méd. psych. 137⁰ nr. 5 Paris 1979.
104. MARCHAIS P. / Des formes atypiques de la PMD. Conséquences méthodologiques et nosologiques / Ann. méd. psych. 1979 nr. 6 -7 p. 655- 62.
105. MARCHAIS P. / Des formes particulières de la manie. Conséquences méthodologiques / Ann. méd. psych. 1978 nr. 10 p. 1192 - 1201.
106. MARCHAIS P. / Des processus obsessionnels et de l'anticipation / Ann. méd. psych. 1980, nr 9, p. 1133 - 1140.
107. MARCHAIS P. / Destruction non schizophrénique. Conséquences nosologiques / Ann. méd. psych. 1980 nr. 3 p. 310 - 316.
108. MARCHAIS P. / Du délire / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 6 -8 p. 892 - 900.

109. **MARCHAIS P. / Glossaire de psychiatrie / Masson et Cie / 1970.**
110. **MARCHAIS P. / Les processus nevrotiques / L'expansion scientifique / Paris 1968.**
111. **MARCHAIS P. / Possibilité d'un renouvellement des études cliniques sur l'angoisse / Ann. méd. psych. / 1980, nr 5, p. 580 - 586.**
112. **MASTERS W. H., JOHNSON V.E. / Les réactions sexuelles / Ed. R. Laffont / Paris 1968.**
113. **MAYER - GROSS W. / Clinical Psychiatry / London 1960.**
114. **MAYER - GROSS W. / Clinical psychiatry Cassel and Company Ltd. / London 1960.**
115. **MENDLEWICZ J. / Contribution à l'étude génétique de la psychose maniaco - dépressive / Artâ psych. Belg. / 1976 martie p. 301 - 384.**
116. **MENDLWEICZ J. / L'Etiologie génétique des psychoses dysthymiques / Masson 1978.**
117. **MICHAUX L./ Psychiatrie / Ed. Med. Flammarion.**
118. **Michaux. L: Psychiatrie. Ed. Medicales - Flammarion, paris, 1967.**
119. **MINKOWSKI E. / La schizophrénie/ Payot / Paris 1927.**
120. **MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / Paris 1966.**
121. **MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / P.U.F./ Paris 1966.**
122. **Minkowski. E: Traité de Psychopathologie. P.U.F., Paris, 1966.**

123. MÜLLER C./ Durée et repartition par classe d'âges des épisodes dépressifs sans traitement / L'Encéphale / 1981 nr. 3 p. 244 - 250.
124. MUNRO A. / Psychosomatic Medicine / Churchill Livingstone / Edinburg and London 1973.
125. OPPENHEIM H. / Die Neurosen/ Berlin / 1916.
126. PAMFIL E., OGODESCU D. / Nervozele / Ed. "Facla" / Timisoara 1974.
127. PAMFIL E., OGODESCU D. / Psihozele / Ed. Facla / Timisoara 1976.
128. PASSCUANT P. / Dépression et sommeil / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
129. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien / Masson / Paris 1978.
130. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien ed. IV - a / Ed. Masson Paris 1978.
131. PICHOT P / Les voies nouvelles de la dépression / Masson / Paris 1978.
132. PICHOT P. / Le malade imaginaire / Ed. Med. Fr. / 1965, 160, 11, 47.
133. PICHOT P. / Obsessions et phobies / Rev. Prat. / Paris 1967, 7, 759.
134. PICHOT P./ Actualisation du concept de dépression. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
135. PICHOT P/ Les bouffées délirantes et les délires chroniques. Deux concepts nosologiques français / Ann. méd. psych. 137⁰ / nr 1-2 / Paris 1979.
136. PONTALIS J. B. / Après Freud / Gallimard 1968.

137. POROT J. / Aspects évolutifs actuels des schizophrénies / Ann. méd. psych. / 1979, nr. 3-4 p. 260 - 265.
138. PULL C.B./ Dépression et schizophrénie, Confrontation Multidisciplinaire sur la dépression / Monte Carlo 1980.
139. RAFAELSEN O.J/ Perturbations biologiques humaines dans les troubles de l'humeur. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
140. RICOEUR P. / Le conflit des interprétations / Ed. Du Seuil / Paris 1969.
141. Robins. E. Stern. M.: Assessment of Psy chiatric Emergencies New York, 1979.
142. ROMILA A. / Mania. drama tragi comică / Rev. Neurol. psih. nr. 2 / 1977, p. 139 - 143.
143. RORSCHACH H. / Psychodiagnostic / Presses Universitaires de France / Paris 1967.
144. ROTH M. / Les limites de la manie dépressive. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
145. ROUBERTOUX P. / L'analyse génétique des dépressions. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
146. RÎNDASU G.E. / Iatrogenozele / Ed. Medicală / Bucuresti 1981.
147. SARTORIUS N. / La dépression: épidémiologie et priorités pour les recherches futures. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
148. SAULNIER J. / La tentative de suicide. Sa prevention et sa postcrise / Rev. Prat. / Paris 1965, 15, 30, 3959 - 3967.

149. SCHERRER P. / Approche clinique de la psychiatrie / Simep. éditions / 1977.
150. SCHIMMELPENNING G. W. / Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte/ Ed. S. karger / Basel 1965.
151. SCHNEIDER K. / Klinische Psychopathologie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1967.
152. SCHNEIDER P.B. / L'angoisse devant l'état de maladie / În: vol. Réactions psychologiques à la maladie / Ed. Expansion scientifique française / Paris 1963.
153. SCHOU M., STROMGREN E. / Origin, prevention and treatment of affective disorders / Academic Press / 1979.
154. SCHULTZ J. H. / Neurose, Lebensnot, Arztliche Pflicht / Georg Theime Vrelag / Leipzig 1936.
155. SEALES H. / L'effort pour rendre l'autre fou / Gallimard 1977.
156. SELARUM., BALTARUM. / Cu privire la notiunile clinice de reactie, dezvoltare si proces / În vol. "Viitorul psihiatriei" P. Brânzei / Iasi 1980.
157. SHEPHERD M. / Approche epidémiologique de la dépression / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo, mars 1979.
158. SIM M. / Guide to psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.
159. SIM M. / Guide to Psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.
160. SINGER L. / Le devenir des bouffées délirantes / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 9, p. 1097 - 1006.

161. SIRBU A., HOTICA TR., SECAREANU AL., / Unele aspecte terapeutice ale nervozei obsesivo - fobice / Rev. Neurologie, Psihiatrie. nr. 1/1975, p. 17 - 23.
162. SIZARET P. Condensation ecnésiique particulière au cours d'un accès maniaque / Ann. méd. psych. 1981 nr. 3 p. 322 - 325.
163. SMITH L. H., THIER S.O. / Pathophysiology / Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra, Edinburg, Melbourne 1981. .
164. SOLOMON PH., PATCH U. / Handbook of Psychiatry / Lange Medical Publications / Los Atlos 1971.
165. SZASZ TH. / The myth of psychotherapy / Oxford University Press / 1979.
166. Szondi. L.: Caîn les figures du mal. Ed. Szondiana - Zurich.
167. SZTULMAN H. (sub redactie) Oedipe et psychanalyse d'aujourd'hui / Ed. Privat / Toulouse 1978.
168. TATOSSIAN A. / Phénoménologie de la dépression. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression, Monte Carlo 1980.
169. TRABAUD J., TRABAUD J. - R. / L'hystérie / Ed. Vigot / Paris 1943.
170. TUDOSE F. / Aspecte ale aplicarii subnarcozei în nervoze / Lucrare de diplomă / Bucuresti 1977.
171. TURNS D.F/ Epidémiologie des Schizophrénies / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 6 p 637 - 647.
172. VALLENBUNE A./ Aspectes modernes des troubles de l'hu meur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 10979.

173. VERBOENEN A. / Les endorphines dans les maladies mentales en particulier dans la schizophrénie / L'Encephale / nr. 2 1980 p. 103 - 113.
174. VERNON D., PATCH M./ Handbook of psychiatry / Oxford and Edinburgh 1969,
175. VINACKE W.E / Readings in General Psychology / American Bool Company 1980.
176. WEISSMAN'M., MEYERS J. / Arch. Gen. Psychiat. / 1978, 35, 1304 - citat de Eisenberg L. în "la dépression nerveuse" / Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.
177. WEITBRECHT H. J. / Psychiatrie in Grundriss / Springer Verlag./ Berlin Heidelberg / New York 1968.
178. WHITEHEAD J.M. / Psychiatric Disorders in Old Age - a Handbook for the Clinical Team / Harvey Miller & Medcali 1974.
179. WIDLÖCHER D. / Fatigue et dépression / Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la depression / Monte Carlo 1980.
180. WIDLÖCHER D. / Le mécanisme de la conversion / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.
181. WIDLÖCHER D. / Le traitement de l'hystérie / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.
182. WYRSCH J. / La personne du schizophrène / Paris 1956.
183. * * * / Confrontations Multidisciplinaires Européenne sur la dépression / L'Encéphale / Doin / Paris 1981 / nr. 4 suppl.
184. * * * / Confrontations psychiatriques / nr. 12, 1974 - La notion de réaction en psychopathologie.
185. * * * / DSM III / 1980.
186. * * * / DSM III 1980.

187. * * * / EMC - Psychiatrie vol II 37200 - 37241; 37281 - 37299.
188. * * * / EMC - Psychiatrie, vol. III, 37300 - 33390.
189. * * * / Evolution de la schizophrénie / Confrontation psychiatriques nr. 2 / dec. 1968.
190. * * * / Harvard guide to Modern psychiatry / Press of Harvard University Press / Cambridge 1978.
191. * * * / Hystérie / Confrontations psychiatriques nr. 1 / sep. 1968.
192. * * * / L'Approche moderne des désordres de l'humeur, comptes rendues de Colloque international de Psychiatrie / L'Encéphale / 1979 / nr. 5 suppl.
193. * * * / New perspectives in Depressive Illness / Selected abstracts of the symposium on 13-th, 14-th june 1979 / Jersey 1983.
194. * * * / psychiatrie der Gegenwart / Klinische Psychiatrie / Springer Verlag 1972.
195. * * * / Scientific symposium on obsessive compulsive neuroses and phobic disorders / The Journal of International Medical Research / Vol. 5 Suppl. (5) 1977.

فهرس

المقدمة	٥
الفصل الأول: دراسة الشكل الخارجي	١١
١- دراسة شكل الوجه	١٧
٢- دراسة قسماآ الوجه	٢١
الجبهة	٢١
الحاجبان	٢٢
العينان	٢٣
الخدان	٢٤
الأنف	٢٥
الشفان	٢٧
النقن	٢٩
الأننان	٣٠
٣- شكل الجسم	٣٩
الفصل الثانى: نظريات الشخصية	٤٧
١- رأى المدرسة التحليلية	٤٩
٢- رأى يونغ	٦٣
٣- رأى السلوكيين الجدد	٦٣
٤- رأى الجيشتالت	٦٥
٥- رأى الطب النفسى	٦٨

٩٩ الفصل الثالث: عوامل الشخصية

١- التفاعل الوجداني ١٠١

٢- المعرفة ١١٦

٣- التصور ١٢٦

٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك ١٣٠

٥- العمليات المؤدية الى ترابط السلوك ١٣٢

١٣٩ الفصل الرابع: أساليب الفحص النفسي

١- صفات الفاحص النفسي ١٤٣

٢- فحص المرضى المهتاجين والمضطربين ١٤٧

٣- مبادئ الفحص النفسي ١٥١

١٦٥ الفصل الخامس: الفحص الطبي - النفسي

١- الفحص الطبي العام ١٦٧

٢- دراسة قزحية العين ١٧٢

٣- الفحوصات المخبرية ١٧٥

١٨٣ الفصل السادس: الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ

١- الاضطرابات الایضیة ١٨٩

٢- اضطرابات القلب والشرابين ٢٠١

٣- الامراض العصبية ٢٠٧

٤- الالتهابات ٢١١

٥- الاضطرابات الغدية ٢١٥

٦- التشوهات الصبغية ٢٢٢

٧- التسمم الكحولي ٢٣١

- ٨- امان المخبرات ٢٣٦
- ٩- الحمل والولادة ٢٣٩
- ١٠- اضطرابات الشيخوخة ٢٤٢
- ١١- تشوهات الدماغ ٢٤٧
- ١٢- رضوض الدماغ ٢٤٨
- ١٣- الاورام الدماغية ٢٥٣
- ١٤- الزهري ٢٥٧
- ١٥- التهابات داخل الجمجمة ٢٥٩
- ١٦- الصرع ٢٦١
- الفصل السابع: الاختبارات النفسية ٢٦٣
- ١- تصنيف الاختبارات ٢٦٥
- ٢- اختبار انتقاء القيام ٢٧٢
- ٣- اختبار القلق - الانهيار ٢٧٣
- ٤- اختبار إكمال الجمل ٢٧٦
- ٥- اختبار الميول المرضية - النفسية ٢٨٠
- ٦- مثل على اختبارات الـ (TAT) ٢٨٤
- ٧- اختبار الانهيار المقنع ٢٩٢
- ٨- اختبار الخيال ٢٩٣
- المراجع ٢٩٥
- المؤلف في سطور ٣١٦

المؤلف في سطور

- مواليد طرابلس - لبنان عام ١٩٥٤.
- دكتوراه الطب العام - جامعة كرايوفا ١٩٨٤.
- ماجستير الطب النفسي - جامعة بودابست ١٩٨٨.
- دكتوراه الفلسفة في الطب النفسي - جامعة بودابست ١٩٩٢.
- مؤسس ورئيس مركز الدراسات النفسية - لبنان.
- نائب رئيس الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية.
- عضو الهيئة التأسيسية للاتحاد العربي لعلم النفس.
- رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية.
- نائب رئيس المكتب الاقليمي للاتحاد العالمي للصحة النفسية.
- عضو عدد من الجمعيات والهيئات العربية والعالمية.
- رئيس تحرير مجلة الثقافة النفسية.
- أستاذ غير متفرغ في الجامعة اللبنانية.
- أستاذ منتدب في جامعة بودابست.
- أستاذ محلف في معهد الطب الجنسي - باريس.
- رئيس مؤتمر "نحو علم نفس عربي" - طرابلس (١٩٩٢).
- رئيس مؤتمر "مدخل الى علم نفس عربي" - طرابلس (١٩٩٤).
- شارك في عدة مؤتمرات عربية وأجنبية.
- له عدة مؤلفات وترجمات وتقديمات في الاختصاص.
- أشرف على عدة اطروحات جامعية.
- واضع اختبار مدن.
- ترجم عدة اختبارات ومقاييس نفسية.
- أستاذ زائر في عدد من الجامعات العربية.
- عضو الهيئة الاستشارية لمجلة الارشاد النفسي.

رقم الإيداع ٨٩٣١ / ٩٦

L S. B. N

977 - 5609 - 58 - 5

حقوق الطبع والنشر والتوزيع للناشر

